



27

العلاج النفسي الحديث

● قوة للإنسان

تأليف

د. عبد الستار ابراهيم

سلسلة كتب ثقافية شهرية يصدرها المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب ـ الكويت



سلسلة كتب ثقافية شهرية يصدرها المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب ـ الكويت

صدرت السلسلة في يناير 1978 بإشراف أحمد مشاري العدواني 1923 ـ 1990

27

العلاج النفسي الحديث

قوة للانسان

تأليف

د. عبد الستار ابراهيم



المواد المنشورة في هذه السلسلة تعبر عن رأي كاتبها
ولا تعبر بالضرورة عن رأي المجلس

المحتوى

تمهيد

(في يقيني أن موقع علماء النفس في عالم اليوم من أهم المواقع وأحسمها على الإطلاق. أؤكد هذا لان كل المعضلات (لتي تواجه البشرية اليوم من حرب وسلام ونظام وفوضى، واستغلال وتآخ. وفهم وسوء فهم، وسعادة وشقاء، وحب وكراهية-جميعها يكمن حلها في ضوء فهم الطبيعة البشرية فهما جيدا. والى هذا الهدف تتجه وظيفة علم النفس بكامله وبذاته).

«ماسلو»

أتيح لكاتب هذه السطور السفر للولايات المتحدة في سنة 1974 في زيارة علمية لجامعة ميشيجان للاطلاع على جوانب التقدم في دراسة الاضطرابات النفسية والعقلية، وفنون التطور في علاجها أو تعديلها. وهناك أمكن لنا بالفعل أن نلاحظ عن كثب ما يجري في العيادات النفسية الجامعية والمؤسسات العلاجية الخاصة والعامة. وقد ارتبطت ملاحظاتنا تلك - لحسن الحظ - بالتدريب المنظم على ممارسة العلاج النفسي والمساهمة في عدد لا بأس به من الندوات والمؤتمرات العلاجية المختلفة. ونعترف بأن ذلك غير كثيرا من مفاهيمنا عن تعديل السلوك البشري واضطراباته، وزاد من إدراكنا لدور العلم والمعرفة التجريبية في إخضاع موضوع كان ولا يزال موطنا للخرافة والجهل والتدجيل.

وإذ كان الكاتب يلاحظ التغير الحثيث، والتطور في تصوراته عن عملية العلاج النفسي خلال تلك الأعوام الأربعة، كانت تطغي على ذهنه في كثير من الاحيان رغبة قوية في مشاركة القارئ العربي بعض الخبرات والاطلاعات المنظمة في هذا الميدان. ولم تكن تلك الرغبة صادرة عن هذا فحسب، بل كان هناك أيضا إحساس قوي بالمسئولية الاجتماعية تجاه أبناء هذا الوطن العربي سواء أكانوا من المتخصصين الذين يرغبون بقوة في العثور على نظرية علمية متماسكة ترشد خطاهم في

التعامل مع ما يثيره السلوك البشري من مشكلات ملحة، أو كانوا من المواطنين العاديين الذين تتملكهم بين الحين والآخر ضروب وألوان من التعاسة والشقاء النفسي.. ولكنهم يخطئون الطريق لأساليب ومناهج فعالة تساعدهم على مواجهة تحديات المرض النفسي لديهم ولدى من حولهم، وتكفيهم شر أفكار أسطورية عقيمة.

والحق أن حس المسئولية الاجتماعية قد ازداد أكثر فأكثر - عندما أتيح للكاتب المجيء سنة 1978 إلى أرض الوطن العربي من جديد للتدريس والإشراف على التدريب الإكلينيكي لطلاب وطالبات علم النفس بجامعة الكويت. وبالرغم من أننا لاحظنا حماسا شديدا للتفكير العلمي.. وقوة في بعض الأقلام التي تحاول أن تدعو في شجاعة أدبية واضحة لمزيد من التفكير العلمي والعقلانية في تناولنا لما تطرحه علينا الحياة بجوانبها المختلفة من تحديات مشكلات، فلم يستطع هذا الحماس فيما يبدو أن يقضي على كثير من الأفكار الدارجة حول كثير من القضايا الاجتماعية والمشكلات ناهيك عن المرض النفسي والعلاج. إذ لم تزل نظرة كثير من المواطنين تعشش فيها كثير من الخرافات القديمة والمزاعم الخاطئة في تفسير المرض النفسي وعلاجه. وحتى بين كثير من المختصين - ناهيك عن العامة-لا تزال نظرتهم للعلاج النفسي أشبه - في احسن الأحوال-بما كان سائدا تاريخ العلاج النفسي منذ15 أو 20 سنة أو يزيد.

ويقيني أن كثيرا من هؤلاء لا يزالون يتصورون بأن العلاج النفسي تابع لمستقبل التطور في الطب، والعقاقير، وجوانب العلاج البيولوجي كجلسات الكهرباء وعمليات المخ الجراحية. وإذا كان هناك اعتراف بدور العلاج النفسي على الإطلاق فإذن هو التحليل النفسي كما بلوره فرويد بشكله القديم القائم على التداعي الحر وتحليل العمليات اللاشعورية، وطفولة الإنسان المبكرة وعقده وغرائزه.

ولا أزعم بالطبع أنه لا يوجد من المتخصصين وأصحاب الثقافة الجادة ممن لا يعرفون مثلا بأن هناك تطورات في العلاج النفسي ومن لا يعرفون بان هذه التطورات تأخذ سبيلا مختلفا تماما عن الطب وعن التحليل النفسي الفرويدي. كل ما أزعمه أن هذه المعرفة لم تتحول بعد إلى نظرة علمية متماسكة تستطيع أن تواجه كثيرا من المزاعم الخاطئة في حركة

العلاج النفسي وتعديل السلوك البشري. وهو أمر بالطبع يرجع في كثير من أجزائه لانعدام الكتابات العلمية في هذه الموضوعات تقريبا، كما يرجع- جزئيا إلى أن الإلمام بالأساليب الحديثة في العلاج والتدريب عليها يعتبر شبه منعدم في مؤسسات الصحة العقلية والجامعات العربية.

هذا الكتاب إذن كتب للمتخصص وغير - المتخصص. للمتخصص من حيث أنني حاولت أن أعرض فيه بعض جوانب التقدم في النظريات السيكولوجية الحديثة (نظرية التعلم بشكل خاص) في ميدان علاج اضطرابات السلوك البشري. ولهذا فقد حاولنا عند التعرض لأي منهج من العلاج أن نبين أولا: أساسه العلمي وما وراءه من بحوث وتجارب، وأن نصف، ثانيا: وبتفصيل نسبي - طريقة تطبيق هذا المنهج، وأن نوضح ثالثا أهم الدراسات والتجارب التي تثبت فاعلية هذا المنهج أو ذاك. وهي جوانب أعتقد من الضروري الإلمام بها لمن يفكر في اتخاذ العلاج النفسي مهنة أو لمن يمارسه من الأطباء والمتخصصين في علم النفس والخدمة الاجتماعية. وكتبته أيضا بطريقة أمل في أن لا تكون عبرة على غير المتخصصين حتى تتحقق فائدته المزدوجة. فحاولت بقدر الإمكان الابتعاد عن المصطلحات الفنية وعن أساليب البحث، والتجارب والإحصاءات إلا ما كان ضروريا منها، وفي أضيق الحدود، مع استخدام كثير من الأمثلة والحالات الشارحة.

ونميل إلى أن نطلق على الأسلوب العلاجي المتضمن في هذا الكتاب مصطلح «العلاج السلوكي»، أو «تعديل السلوك». وهو المنهج الذي يعتمد في تناوله للسلوك المضطرب على أساس من نظرية التعلم. والمسلمة الرئيسية التي نسلم بها هي أن الإنسان يتعلم أن يستجيب بطريقة شاذة لبيئته.. إلى أن يتحول هذا الشذوذ إلى عادة، وأسلوب حياة، نطلق عليه فيما بعد بحسب اتجاه هذا الشذوذ وأعراضه المصطلحات المختلفة للاضطرابات النفسية والعقلية(*). ونؤمن بأن ما نتعلمه يمكن أن لا نتعلمه، أو أن نتعلم أساليب افضل منه. صحيح أن الوراثة والعوامل البيولوجية قد تتدخل أحيانا في سلوك البشر وتوجهه لغايات غير مرغوبة. لكننا نعتقد أن وجود الوراثة أو العوامل البيولوجية لا يعني بأن العلاج أو تعديل السلوك شيء مستحيل.. فتحت نفس الاستعدادات الوراثية يمكن لشخص أن ينمي جوانب من السلوك المرغوبة، ويمكن لشخص آخر أن يتجه لغايات سيئة. وهدف

العلاج السلوكي هو أن يوجه السلوك بغض النظر عن مسبباته وراثية، أو اجتماعية - إلى وجهات مقبولة ومرغوبة وتحقق للفرد ولمن حوله بعض السعادة في ظروف أصبح من العسير على الناس أن يسعدوا أنفسهم أو أن يتسامحوا مع سعادة الآخرين.

وسنجد أن كل الأساليب التي سنعرض لها تقريبا تتجه نحو إزالة الأعراض المرضية والقضاء عليها.. تلك الأعراض التي ننظر إليها بصفة عامة-كما أشرنا توا-على أنها نوع من السلوك غير المتوافق الذي يمكن ملاحظته وبالتالي يمكن ضبطه.. أو استبداله.. أو توجيهه وجهات بناءة. بعبارة أخرى، فان مناهج العلاج السلوكي الحديث تؤمن بان العرض المرضي الذي يشكو منه المريض هو الجدير بالعلاج وليس ما وراءه من اضطرابات، إن كانت وراءه اضطرابات أخرى.

ونجد من الواجب علينا - لكي تتضح - قيمة هذا التطور في حركة العلاج النفسي الحديث - أن نكشف عن النظرة التي اعتاد الناس أن ينظروا بها إلى معاناة البشرية من الأمراض النفسية والعقلية على مر التاريخ. فلم تكن مشكلة معاناة البشرية من تلك الاضطرابات مسألة هينة.. فلقد شغلت الناس منذ القدم، كما لا تزال تشغلنا الآن.. وحاولوا أن يفسروها كما نحاول الآن. وجاهدوا لعلاجها كما نجاهد الآن.. ووضعوا تصنيفات وأنواعا لها، تماما كما يحاول الأطباء النفسيون الآن.. ولكن الفرق الوحيد بيننا وبينهم يبدو في الكيفية التي تناولوا بها هذه الاضطرابات، و الكيفية التي حاولوا بها إخضاعها للعلاج والضبط.. ولاشك أن سياحة بسيطة في تاريخ العلاج النفسي ستمنحنا بصيرة محمودة بما نحن عليه الآن، وبما يجب أن تتجه له خطواتنا التالية.. وفي المستقبل.

نظرة الإنسان القديم للأمراض النفسية:

لقد كان الاعتقاد الشائع في العصور القديمة أن المرض النفسي أو السلوك المضطرب والشاذ نتاج لعوامل غامضة قادرة على أن تؤثر في الإنسان تأثيرا ملحوظا. وقد تفاوتت أسماء هذه العوامل من فترة إلى فترة بحسب بعض الارتباطات الخاصة بالتطور البيئي.. ولكن مهما اختلفت المسميات فإنها اتفقت بشكل عام على وجود أرواح أو شياطين لها القدرة

على أن تلج الجسم البشري وتسيطر عليه على نحو ما. فإذا كانت تلك الأرواح خيرة فإنها توجه تصرفات الإنسان وجهات إيجابية، إما إن كانت خبيثة فهي توجهه نفسيا وجسميا وجهات سلبية فيتكون المرض الجسمي و النفسي[(1)(1*)].

وهناك ما يثبت أن الإنسان القديم لم يكتف بالإيمان بالأرواح الخبيثة.. بل حاول أن يفعل شيئا لاستعبادها والسيطرة عليها. أما ظهور الحضارة المصرية الفرعونية القديمة فلا يبدو أنه أتى بتغير جوهري في الربط ما بين المرض النفسي والأرواح خبيثة. فإذا عدنا إلى التعاويذ التي بقيت منذ أيام الفراعنة وجدنا إحداها، فيما يلاحظ الدكتور عبد المحسن صالح[2]، للب من الآلهة صراحة التدخل لطرد الأرواح الشريرة، وتبدأ إحداها هكذا «السلام عليك يا حورس.. يا أيها الموجود في بلاد مئات، يا حاد القرنين، يا بالغ الهدف، إني قصدتك لأمدح جمالك، إلا فلتقض على الشيطان الذي يتلبس جسدي».

ولم يكن الإغريق القدامى أحسن حظا في تصورهم للأمراض النفسية وعلاجها.. فقد تبنوا أفكارا مماثلة عن السحر.. ولو أنها كانت اكثر عطفا.. إذ كان الموت جزاء من تحل به تلك الأرواح. ولا شك أن ما يحمله لنا التاريخ من معاملات شاذة كان قد ألقاها المرضى النفسيون كالسجن والحرق، والعقاب الوحشي كان من بين المآسي التي تركتها لنا هذه الآراء الخاطئة، والتفكيرات الخرافية القديمة.

قد يقال أن هذه مرحلة ولت وانتهت. وهذا صحيح جزئيا.. فلم يعد المريض النفسي منذ حركات الإصلاح الاجتماعي يلقى بالسلاسل بمعزل عن الآخرين.. ولم يعد يحرق أو يقتل كما كان، بل أن الدول أصبحت ترصد الآن البلايين من الدولارات كل عام للبحث عن قوانين الصحة العقلية وضبط اضطرابات للسلوك البشري، ومحاولات البحث عن وسائل تعيد ارتباطهم بالواقع ارتباطا إيجابيا وفعالا. ويتم ذلك بتطور حثيث منذ حركات الإصلاح الاجتماعي في أواخر القرن الثامن عشر وأوائل القرن التاسع عشر، وما صحب ذلك من تغيير عميق في اتجاه الناس نحو الأمراض النفسية والعقلية. لكننا نستطيع الحكم - عن يقين - بأن بعض أثار هذا التفكير لا تزال تسود أفكار العامة وكثيرا من أفكار المثقفين في مجتمعاتنا

العربية بشكل خاص وتحت أفكار مثل الطالع ومس الجن وعين الحسود، والعمل السحري وغيرها. كما لا يزال العامة في كثير من القرى العربية يواجهون تلك الاضطرابات بوسائل لا يبدو أنها تختلف عما كان يشيع منذ ألف وثمانمائة عام أو يزيد. فالتمائم أو الشعائر، والمزار، وبعض خرا فات الطب الشعبي.. كلها وغيرها نماذج تبدو لمن يمعن النظر فيها بعين فاحصة نتاج لأسلوب قديم موغل في القدم ولم يعد له مكان إلا في الأساطير.

من العلاج بالشعوذة إلى العلاج العضوي:

يبدو - مع ذلك - بان تفكير القدامى وما انطوى علبه من خرافة قد ساعد بشكل ما على تبلور مرحلة من التطور في علاج الأمراض النفسية. فانتباه القدامى للجمجمة والرأس على أنها موطن الشياطين والجن في حالة المرضى العقليين كان فيما يبدو موحيا بالانتقال إلى دراسة تلك الاضطرابات بربطها بالمخ تحت انتشار الطب العضوي. ومهما يكن من أمر، فان فكرة الشياطين والجن الذي يلج الجسم الإنساني ويتخلله لينفث فيه الشر والاضطراب لم تعد ترضي ما توصل إليه التفكير البشري من تطور خلال القرن التاسع عشر. فلقد شهد ذلك القرن نموا في التفكير الطبيعي امتد أثره ليشمل ما يشبه الثورة في تطور الطب العضوي وعلاج الأمراض الجسمية. ولان الأمراض العقلية آنذاك كانت أيضا من تخصص الأطباء فقد امتد التطور أيضا ليشمل دراسة الأمراض النفسية والعقلية.

وطبيعي أن يؤدي ذلك التطور إلى تشكيل اتجاه علمي قوي في النظر إلى الاضطرابات النفسية والعقلية. فقد أصبحت هذه الموضوعات وربما لأول مرة في تاريخ الفكر البشري موضوعات قابلة للبحث العلمي وليس لاجتهاد المشعوذين ورجال السحر والمنجمين. فانهمك الأطباء في بحوث عن مسببات تلك الأمراض.. وساد الاتجاه بان لكل مرض عقلي سببا مثله في ذلك مثل أي مرض جسمي، وانه إذا عرفنا العلة بطريق التجربة والاستقصاء، فإننا سنصل في الغالب إلى استنباط العلاج المناسب بطريقة العقاقير الطبية. وهذا التطور ما زلنا نشهد آثاره فيما يسمى بالطب النفسي (السيكياتري) الحديث.

ولكن النظر للمرض النفسي بقوانين المرض الجسمي، لم يكن ليثير

الاحساس بالرضا لدى جميع المختصين. ونعترف بأن كثيرا من الحماس الذي يميز علماء العلاج النفسي والسلوكي الحديث في ابتكار تصورات ونظرات ذات طابع سيكولوجي لمواجهة التحديات التي لم تكن التطورات الطبية قد استطاعت أن تواجهها في خلال قرن من الزمان، إنما جاء كنتيجة لتزايد عدم الرضا على المنهج الطبي التقليدي الذي ينظر للمرض النفسي نظرته للمرض الجسمي. ففي الأمراض الجسمية دائما ما يكون العرض الجسمي (كارتفاع الحرارة، والصداع وارتفاع ضغط الدم.. الخ)، نتيجة لاختلالات عضوية أو كيميائية في الجسم هي الجديرة بالعلاج. ولان الأطباء احتكروا عمليات العلاج الجسمي والنفسي معا.. فقد انتقل المفهوم الطبي والجسمي انتقالا آليا إلى تفسير الاضطرابات النفسية.. فأصبحت الأعراض النفسية من اكتئاب، وقلق، وهلاوس، وعدوان، ومخاوف، وهواجس ينظر إليها نظرة عضوية على أنها أعراض سطحية تخفي وراءها اضطرابات جسمية تتمثل في وجود اختلالات كيميائية في المخ، أو تلف في الأنسجة نتيجة لعيوب وراثية أو اختلال في وظائف الجهاز العصبي أو الغدد وغيرها من عوامل عضوية لا يسمح المقام هنا أن نخوض فيها بالتفصيل.

وبالرغم من أن العلاج السلوكي الحديث يتضمن طرقا بيولوجية كالعلاج بالصدمات الكهربائية في حالات الاكتئاب، أو جراحات المخ، أو العقاقير المهدئة فان كثيرا من الدراسات تبين أن فاعلية هذه الأساليب تكون محدودة، ما لم تصحبها أساليب من التوجيه والتربية. فالمريض الذي يشكو من التوتر النفسي بطريقة تعوق تلقائيته في الحديث أمام الناس على سبيل المثال، قد يساعده تعاطي بعض العقاقير المهدئة على ضبط هذا التوتر.. لكن ماذا عن قدرته على التعبير عن نفسه ؟ أو طرقه في التفاعل مع الآخرين بطريقة - إيجابية ؟. هنا لا بد من أساليب جديدة تمكنه من أن يتعلم طرقا جديدة من التعبير عن النفس والتفاعل الاجتماعي وأن يتخلى عن أساليبه القديمة.. وبدون هذا التعلم.. فقد يظل تأثير العقار محدودا أو منعدما.

أضف لهذا أن الإحصاءات الأمريكية تبين أن بلايين الدولارات تصرف كل عام في العقاقير المهدئة أو المنومة، وتتفق الإحصاءات الإنجليزية معها

في إحصاء أرقام ضخمة تصل إلى اكثر من 100 مليون جنيه إسترليني في العام. ولا توجد لدينا - للأسف - إحصاءات عربية عن مقدار ما يصرف في استهلاك الأدوية والعقاقير المهدئة في الدول العربية.. ولكن لا شك في أن أموالا طائلة مماثلة تستهلك في ذلك. وما يمكن استنتاجه بشكل عام.. هو أن الاضطرابات النفسية بالرغم من هذه المبالغ الطائلة التي تصرف في العقاقير لم تتضاءل كثيرا فيما يبدو. قد يقال بأن ازدياد اعتماد الناس على هده العقاقير يكون بسبب ازدياد انتشار الاضطرابات النفسية ذاتها في عصرنا الحديث. وسنرى خطأ هذا الادعاء فيما بعد (أنظر الفصل الأول خاصة فيما يتعلق بانتشار الأمراض النفسية والعقلية).

كما سنرى أن رحلة الشخص مع ما يتملكه من اضطرابات لم تنته.. بانتهاء اكتشاف العقاقير والمهدئات.

فضلا عن هذا فان كثيرا من جوانب العلاج العضوي كالعلاج بطريق الصدمات الكهربائية قد تؤدي إلى نتائج سيئة تفوق نتائج الأعراض التي نقوم بعلاجها. وسأنتهز هنا هذه الفرصة لأقدم عرضا لبعض نتائج هذا النوع من العلاج لأنه يستخدم بكثرة في كثير من المجتمعات العربية.

أن العلاج بالصدمات الكهربائية أو التشنجات الكهربائية طريقة دخلت مسرح العلاج في الثلاثينيات من هذا القرن. وهي تقوم كما سنرى في الفصل الثاني على لصق قطبين كهربيين في فودي المريض ثم يمرر تيار كهربائي يتراوح من 70 إلى 150 فولت خلال المخ. ويستغرق تمرير هذا التيار أجزاء من الثانية أو ثانية على اكثر تقدير. ويحتاج المكتئبون في الغالب إلى حوالي من 6: 12 جلسة بينما يحتاج الفصاميون إلى ما يقرب من 25 جلسة. ومن المعتقد أن التشنجات التي تصيب المريض نتيجة لتمرير هذا التيار تؤدي إلى تغيير في سلوكه.. لكن هناك ما يشبه الإجماع على أن العمليات التي يؤثر من خلالها التشنج على السلوك أمر غير معروف. كل ما يعرفه الأخصائيون أن هذا الأسلوب يؤدي إلى التغيير من حالات الاكتئاب لدى الفصاميين والمكتئبين على السواء. أما كيف يتم كذلك فهذا غير معروف.

واستخدام الصدمات الكهربائية في العلاج النفسي يتم تبريره في مستشفياتنا العقلية على أنها طرق سريعة وسهلة الاستخدام وتوفر وقت الأطباء النفسيين. ولكن هذه الحجج تخفي حقائق كريهة، ومأساوية من

حيث الآثار الدائمة على السلوك والشخصية الإنسانية بعد هذا. علما بان نسبة الوفاة من الصدمات الكهربائية تصل إلى واحد في كل ألف مريض منهم 5٪ ينتج سبب موتهم مباشرة نتيجة لتلف أنسجة المخ وصدماته brain damage[3] وتدل دراسات علماء الأعصاب التي تجري منذ الأربعينات على أن تأثير الجلسات الكهربائية على أنسجة المخ أمر مؤكد.

ففي لقاء حديث سنة 1978 مع الطبيب النفسي «كارل بريبرام» رئيس معهد علم النفس العصبي neuropsychological بجامعة ستانفورد بكاليفورنيا يقول: «أنني أفضل إجراء جراحة في المخ عن تطبيق سلسلة من الجلسات الكهربائية.. فأنا أعرف ما تتحول إليه خلايا المخ الرقيقة بعد سلسلة من الجلسات الكهربائية. أنها تبدو بمنظر لا يبعث الرضا على الإطلاق».

أضف إلى هذا، التأثيرات الأخرى التي تتركها الجلسات الكهربائية على المريض كالصداع الحاد، وفقدان الشهية، والمخاوف.. ومن اكثر هذه التأثيرات سوءا التأثير على الذاكرة الإنسانية. فقد كشف جانيس Jains[3] سنة 1950 في دراسة عن آثار الجلسات الكهربائية بأن «جميع المرضى الذين عولجوا بطريق الصدمة ظهرت عليهم عوارض تدهور الذاكرة لما يقرب من أربعة أسابيع بعد توقف الجلسات». ويضاف إلى هذا أن عددا من الأشخاص يتحول إلى نفس الحالة بعد فترة من الزمن، كما سنرى فيما بعد. غير أننا لا زلنا نلاحظ مع هذا أن النظرة العضوية للأمراض النفسية والعقلية لم تختف تماما عن الأنظار. فما يزال كثير من الأطباء النفسيين، وما تزال جمعية الطب النفسي الأمريكية تصرف ملايين الدولارات كل عام لكي تؤكد بأن الاختلالات العقلية هي عضوية في طبيعتها إلى حد كبير وأن دراساتنا يجب أن تتجه للبحث عما يرتبط بالأمراض النفسية من عوامل وراثية وبيوكيميائية. ومع هذا فان الكثيرين تحولوا للبحث عن طريق آخر غير الطريق العضوي لتفسير السلوك الشاذ وهو الطريق النفس أو البحث عن عوامل نفسية داخلية.

من العلاج العضوي إلى التحليل النفسي:

والحقيقة أن التراجع عن التفسير الطبي والبحث عن تفسير نفسي بدأ في مستهل القرن العشرين على يد طبيب أصبح اليوم اسمه على كل لسان

ألا وهو سيجمند فرويد، الذي افترض بأن الاضطرابات النفسية يمكن أن ترد إلى وجود صراعات داخلية لاشعورية، وقوة تعمل بداخل الشخصية الإنسانية قوى يتصارع بعضها مع البعض الآخر. ويؤدي تصارعها إلى تكون الأعراض المرضية. وبهذا المعنى أمكن فرويد أن ينقل محور الاهتمام بالاضطراب النفسي من وجود خلل عضوي إلى وجود صراع قائم في النفس.. ومن العلاج العضوي إلى التحليل النفسي كما سترى في الفصل الثاني.

وبالرغم من أن فرويد يعد في تاريخ العلاج النفسي من أوائل في تحدوا وجهة النظر العضوية في تفسير المرض العقلي، فان آثار تخصصه الأصلي كطبيب قد جعلته ينقل للمريض النفسي تصورا - يختلف في المضمون ولكنه يتفق في المنهج. فكما أن الأطباء النفسيين يعالجون المرضى العقليين بطريق علاج أنواع الخلل العضوي في المخ أو الجهاز العصبي، كان فرويد يعالج الأمراض النفسية بطريق علاج ما يكمن خلفها من أنواع الخلل الصادر عن وجود غرائز متأصلة فينا بيولوجيا. وقد أثار فرويد-فيما يبدو-الذعر لدى الكثيرين عندما قال بان الغرائز الجنسية هي المصدر الأساسي للدوافع المسببة لمعظم السلوك الإنساني. وبهذا فان الأعراض المرضية ما هي إلا علاقات سطحية لاضطرابات وصراعات أعمق في داخل الشخصية. ولا شك أن هذا التصور يذكر القارئ بشكل ما بنظرة الأطباء للأعراض الجسمية على أنها دلائل على اضطرابات وأمراض كامنة.

ولقد وجهت انتقادات حادة للتحليل النفسي الفرويدي، ولكل النظريات الحديثة المشتقة منه[4] ويستحيل علينا في هذا الحيز أن نستعرض كل الانتقادات التي وجهت للتحليل النفسي طوال ما يقرب من نصف قرن. إذ لا شك أن مثل هذا العمل لو كان يجب القيام به بأمانة وبدقة لتطلب مجلدا يزيد في ضخامته عن كتابنا هذا. لكن يهمنا هنا عرض ما يناسب من هذه الانتقادات لموضوعنا عن العلاج النفسي.

فمن ناحية يأخذ الناقدون على فرويد أن كثيرا من مفاهيمه التي ابتكرها لوصف وتفسير الأمراض النفسية كانت عامة وفضفاضة، ويصعب تحديدها تحديدا دقيقا. ولهذا يصبح من الصعب جدا اختبار كثير من الفروض التحليلية اختبارا موضوعيا وتجريبيا، لأنها بنيت على أدلة قصصية

وبطريقة أدبية يصعب على العلماء تقبلها.

ومن ناحية أخرى تلائم موضوعنا فيما يتعلق بفكرة الغرائز هذه التي كان يعتبرها فرويد مصدر الطاقة للسلوك المرضي. فلقد أدت هذه الفكرة إلى تعقيد مشكلة التشخيص تعقيدا ضخما، فقد تضاءل معنى الأعراض، وأصبح على الإنسان أن يتجاوزها سعيا وراء الصراعات الداخلية. مما يجرد المشكلة النفسية أيضا من أساسها النفسي ويجعلها رهينة بوجود قوى من العسير التحكم فيها أو ضبطها كما نصبو. لقد أصبح لدينا-فيما يرى ايزنك - «بدلا من الشياطين والعفاريت، مركبات أوديب واليكترا».

وقد استطاعت نظرية التعلم الحديثة أن تقدم تفسيرات بديلة للأمراض النفسية كما أصبح بالإمكان أن نقوم بشيء حيالها من حيث العلاج لا عن طريق سنين طويلة من التحليل النفسي والتداعي الحر، ولكن عن طريق إعادة تعلم جوانب من السلوك التكيفي بوسائل بسيطة من العلاج السلوكي.

من الفرويدية إلى السلوكية:

من الميسور أن ترد بدايات التصور السلوكي للعقد الأول من هذا القرن. ففي نفس الفترة التي شهدت «سيجمند فرويد»، برز «ايفان بافلوف» في روسيا بدراساته عن الفعل المنعكس تلك التي أكسبته تقديرا واسعا لقاء نظرياته فيه، فمنح جائزة نوبل بجدارة. وعلى الرغم من أن تأثير «بافلوف» على علم النفس لم يتبلور بصورة مبكرة كفرويد، فان الظروف شاءت أن تجعل منه مؤسس الوجهة السلوكية في علم النفس عندما استطاع «واطسون» أن يطبق بمهارة نظريات بافلوف في الفعل المنعكس لوصف اكتساب الأمراض النفسية وإزالتها. وفي فترة قريبة برز أيضا «سكينر» الذي استطاع أيضا أن يرسخ مناهج سلوكية متطورة عن تعديل السلوك، سنفرد لها لأهميتها أحد فصول هذا الكتاب.

استطاع بافلوف - على أية حال - أن يثبت أنه من الممكن أن يعلم حيوانا ما أن يسيل لعابه بمجرد سماعه لصوت جرس أو رؤيته لضوء معين ؟ وتجاربه في هذا الميدان مبكرة.. ولو أنه لم يكتب لها فيما أشرنا أن تؤثر في النظرة للأمراض النفسية إلا في فترة قريبة عندما أبدى «واطسون» اهتمامه بتجارب بافلوف بان استطاع أن يخلق مرضا نفسيا (وهو الخوف

المرضي) لدى أحد الأطفال (ألبرت) بطريقة تجريبية في داخل المختبر. لقد كان «ألبرت» في عامه الأول عندما قام واطسون[2*] بتعريضه لفأر أبيض عددا من المرات.. وفي كل مرة يقرع صوتا عاليا مفزعا عندما يظهر الفأر. لقد كان هدف «واطسون» أن يبين أن المخاوف يمكن أن نتعلمها نتيجة للربط بين ظهور المنبه الأصلي (الفأر الأبيض) والمنبه الشرطي (الصوت المفزع)، تماما كما كان «بافلوف» يعلم حيواناته أن تستجيب بإفراز اللعاب نتيجة للربط بين المنبه الأصلي (الطعام) والمنبه الشرطي (صوت الجرس). وقد نجح واطسون في إثبات ذلك بالفعل إذ تحول مشهد الفأر المحايد إلى مصدر لفزع «ألبرت» الصغير بعد سبع مرات من تعريضه للفأر مقرونا بهذا الصوت المفزع. لقد كان ألبرت يصرخ طالبا النجدة عندما كان يشهد الفأر، وأخذت مخاوفه تتعمم نحو كل الأشكال الفرائية والمشابهة للفئران كالأرانب، والكلاب... الخ. وهكذا أمكن بظهور هذا التصور النظر إلى كافة الأمراض النفسية على أنها استجابات وعادات شاذة تكتسب بفعل خبرات خاطئة. ولم يعد المعالجون السلوكيون ينظرون للاضطراب النفسي على أنه نتاج لغرائز أو صراعات داخلية، بل على انه سلوك نكتسبه من البيئة بفعل سلسلة من الارتباطات التعسة بين منبهاتها المختلفة. أو كما يوضح أيزنك[5]:

«ترى نظرية العلاج السلوكي بأنه لا توجد أمراض وراء الأعراض الظاهرة. فالأعراض هي المرض. فجوانب القلق التي تتملك الناس، وحالات الاكتئاب، والوساوس القهرية وكل الانفعالات والمسالك العصبية لا تزيد- وفق هذه النظرية عن كونها استجابة شرطية[3*] انفعالية، أو ردود فعل لتلك الاستجابات المشروطة...» فإذا كان ذلك كذلك فان الأعراض هي المرض، وليست أعراضا «تخفي وراءها أي شيء.. ويكون العلاج فعالا إن استطعنا التخلص من تلك الأعراض، فان أنت تخلصت من العرض تخلصت من المرض»[5].

وقد قام كثير من المعالجين النفسيين السلوكيين بتشكيل نظرياتهم على نسق نظرية واطسون.. هكذا على الأقل فعل «ولبي» و «سكينر» و «ولازاروس» و «أليس» في تحليل السلوك الشاذ وعلاجه. صحيح أنهم جميعا تقريبا ينظرون الآن إلى تجربة واطسون المبكرة على أنها تعتبر نظرية شديدة

التبسيط والآلية.. إلا أن منحاهم الفكري يتشابه في أنهم جميعا تقريبا:

1- ينظرون للمرض النفسي بصفته سلوكا شاذا، ومكتسبا، ويكتسب بفعل عمليات خاطئة من التعلم. ويستخدمون لذلك البحوث التجريبية للكشف عن فاعلية متغيرات معينة في أحداث الاضطراب تماما كما فعل «واطسون».

2- ينظرون للأعراض المرضية على أنها هي الهدف الذي يجب أن يتجه إليه العلاج وان إزالة الأعراض تؤدي إلى التخلص من المرض النفسي والاضطراب. وليس كما يعتقد المحللون النفسيون - أن الأعراض ما هي إلا مظاهر سطحية تخفي من ورائها اضطرابات أعمق في الشخصية هي التي يجب أن يتجه لها العلاج.

3- لا يبذلون مجهودا كبيرا في البحث في تفسيرات للسلوك في إطار صراعات الطفولة أو الغريزة، أو الوراثة. فمن رأيهم أن التفسير أمر يختلف عن العلاج.. وان وجود وراثة أو غريزة أو أي شيء من هذا القبيل لا يجب أن يؤثر بأي حال في مجهوداتنا للتعديل من أنماط السلوك الشاذ.

4- من الأساسي بالنسبة للمعالجين السلوكيين البدء في التحديد الدقيق والنوعي للسلوك الذي نرغب في تعديله أو علاجه. والإجراءات التي يستخدمها المعالج السلوكي لذلك تختلف في أهدافها عما يقوم به المحلل النفسي بطريقة فرويد مثلا. لان المعالج يبدي اهتماما مباشرا بالظروف المحيطة بتكوين السلوك المريض (الذي أدى لطلب العلاج)، بينما يتجه اهتمام المحلل النفسي إلى تاريخ المريض.. هكذا مجردا ودون اهتمام بأنماط التفاعل بين الفرد والبيئة التي أحاطت ببداية تولد الأعراض المرضية كما يفعل المعالج السلوكي.

5- لا يقف دور المعالجين السلوكيين عند مجرد اكتشاف الاضطراب وتحديده، ومقداره (أي التشخيص)، بل يساعدون المريض على التحديد الدقيق لأنماط السلوك السوي والجيد الذي يجب أن يتجه له الاهتمام بدلا من السلوك المريض، كما يساعدوه في وضع الخطة العلاجية وتنفيذها في اتجاه التخلص من الاضطراب بأساليب متعددة، ومثل هذا التفكير الفرويدي الذي يرى بان دور المعالج هو تشجيع المريض على الاستبصار بمشكلاته وصراعاته، وأن الاستبصار يؤدي إلى التغيير التلقائي والعلاج.

وبالرغم من أننا نعتبر فصول هذا الكتاب نماذج للتفكير السلوكي وأساليبه في العلاج، فإننا حاولنا أن نعكس بعض التطورات النظرية المختلفة في هذا الموضوع التي قد تختلف عن المنهج التقليدي في العلاج السلوكي كما يستمد نظرياته من «بافلوف» و «سكينر»، ولو أننا نتفق بالطبع مع الفلسفة العامة لهذا المنهج القائم على ضرورة احترام المنهج العلمي والبحث التجريبي، والذي يرى أن العلاج الناجح الفعال يجب أن ينحو نحوا مباشرا بالتركيز المباشر على تعديل السلوك المرضي دون سعي وراء صراعات أو عقد داخلية.

من العلاج السلوكي الأحادي البعد إلى العلاج المتعدد الأوجه:

بالرغم مما هو مسلم به بين علماء النفس والعلاج من أن نظرية التحليل النفسي، لم تعد بعد نظرية جيدة يعتد بها[6]، فان من الغريب أن نلاحظ أن بعض الناس وبعض العلماء الذين يشهد لهم في علم النفس بالجدارة والاعتبار لا زالوا يأخذونها مأخذ الجد. وقد يطرح علينا هذا سؤالا علينا أن نواجهه هنا وهو لماذا لا تزال نظرية التحليل النفسي ذات مكانة مرموقة بين كثير من المعالجين ؟.

قد تتعدد إجابات هذا السؤال.. لكن هناك حقيقة توحي لنا بها دراسة تاريخ التفكير العلمي.. وهي أن من الضروري لكي يتم التطور من نسق قديم أو خاطئ من التفكير أن يتواجد على مسرح الحياة نسق بديل يثبت فائدة أكثر. فقد ظل التفسير الشيطاني للمرض العقلي مسيطرا على الأذهان إلى أن استطاع الأطباء أن يقدموا إجابة بالرغم من قصورها فقد كانت مقنعة وبداية لتفسير هذه الأمراض وعلاجها، وظل النمط الطبي بعد هذا مسيطرا على تفسير السلوك الإنساني إلى أن أماط فرويد اللثام عن حقيقة بسيطة وهي أن قوانين «النفس» تختلف عن قوانين ما هو «عضوي»، ونجح فرويد أن يستبدل التصور الطبي بتصوراته الجديدة.. مما كان له بعض الفائدة في توجيه الأنظار إلى أن ما يحدد تصرفات الإنسان عوامل معقدة متشابكة يمكن التثبت منها في عالم آخر غير الأعضاء ووظائفها. لكننا رأينا بعد ذلك أن فرويد ترك الباب مفتوحا لكثير من الشكوك حول المكانة العلمية لنظريته بسبب عزوفه عن التقاليد العلمية

من ناحية، وتجاهله لدور التعلم والخبرة في تحديد سلوك الإنسان. لقد جعل الإنسان مغلولا في صراعاته ومتورطا في غرائزه بطريقة جعلت من قدرتنا على التنبؤ - هدف العلم المقدس - بالسلوك البشري ومساره في موقف لا يتلاءم مع جوانب التقدم العلمي في الفروع الأخرى.

ولم تنجح النظرية السلوكية - للأسف - بالرغم من أنها ظهرت تقريبا في الفترة التي ظهر فيها فرويد[*4]، لم تنجح في أن تشد إليها الاهتمام كنظرية التحليل النفسي. لقد قدمت السلوكية البدائل الملائمة للتطور بالتفكير العلمي: قدمت البحث التجريبي بديلا عن أساطير فرويد، وقدمت أيضا التعلم والخبرة بديلا عن القوى الداخلية العمياء التي تعمل بداخل الإنسان وتسيره فلا يملك لها ردا. قدمت ما كان يكفي بالانتقال والتطور إلى مرحلة أخرى من العلاج النفسي. ولكن من المؤسف أن هذا لم يحدث بالسرعة التي نتمناها. فلا يزال للفرويدية مؤيدوها ولا يزال لها شيعتها المتزمتون.

أما لماذا لا تزال الفرويدية تشيع بهذه القوة بالرغم من وجود البدائل؟.. فان الإجابة تكمن في النظرية السلوكية ذاتها فيما نتصور.. فالسلوكية في شكلها الأول التقليدي كانت ترى أنه يكفي دراسة أنواع السلوك السطحية التي تقبل الملاحظة.. وأن هذا هو أكثر ما نحتاج له لفهم الاختلالات النفسية وعلاجها. وانطلاقا من هذا كان المعالج السلوكي بدءا من «بافلوف» وحتى «سكينر» يضع كل ما ليس بظاهر في موضع هامشي. حتى أن سيكنر يحذر مرارا وتكرارا علماء النفس السلوكي من الوقوع في فخ مفاهيم حاربتها في نظره المدرسة السلوكية منذ نشأتها: «عندما أقول بان السلوك نتاج للبيئة.. فإني أعني بالبيئة أي حادثة أو منبه في العالم له القدرة على التأثير في الكائن. صحيح أن جزءا من العالم موجود في داخل الكائن.. لكن هذا جزء ضئيل الأهمية.. ويستدل عليه من خلال الاستنتاج العقلي والتقارير اللفظية.. لذا يجب أن تكون في منتهى الحذر والدقة في معالجته.. لان الباحث في تلك الحوادث الداخلية يبعد نفسه - ولو خطوة صغيرة-عن السلوك الظاهر والوقائع الفعلية»[7].

وفي اعتقادنا أن السلوكية بهذا الشكل قد سلبت الإنسان كثيرا من العوامل التي كان يمكن أن تكون ذات قيمة في فهمه وعلاجه.. مما جعل

أحد المعالجين النفسيين يرى انه من الصحيح أن العلاج السلوكي قد يكون هو العلاج المفضل بالنسبة للاضطرابات المتعلقة بالمخاوف المرضية.. والاضطرابات التي لها مصدر خارجي يمكن ملاحظته والتحكم فيه، لكنه يعتبر طريقة غير مناسبة في علاج حالات الاكتئاب والقلق الوجودي والميول الانتحارية والاغتراب وغير ذلك من اضطرابات تكون مصادرها غير ملحوظة في العالم الخارجي.

والحقيقة أن هذا ما يرفضه العلاج السلوكي الحديث في ظل التطورات الراهنة التي يتوجه نشاط المعالجون فيها نحو الأبعاد المتعددة للمرض العقلي.

ومن ثم جاء الكتاب الحالي يؤكد من خلال فصوله بأنه توجد إمكانيات متعددة لتغير السلوك. بعبارة أخرى.. نرى أن الاضطراب النفسي نتاج لعناصر بعضها في البيئة الخارجية وبعضها في عالم القيم والتفكير والوجدان.. أي العوامل الذاتية.

وبالتالي فان علاج فرد يشكو من مشكلة معينة كالاكتئاب أو العجز عن ضبط النزعات العدوانية.. أو القلق.. الخ يمكن أن يتم بان نعلمه أساليب جديدة من السلوك، كما يمكن أن نعلمه طرق جديدة من التفكير وحل المشكلات، ويمكن أن نساعده على تغيير توقعاته القديمة أو القيم التي يتبناها نحو بعض الأهداف.

بعبارة أخرى فنحن نحاول أن نعكس في هذا الكتاب نوعا من التفكير يهتم اهتماما خاصا بالاضطرابات النفسية بحيث لا يجردها من طبيعتها المعقدة. ومحور هذا التصور هو أن الاضطراب النفسي عندما يحدث لا يشمل جانبا واحدا من الشخصية إنما يشمل أربعة عناصر هي: السلوك الظاهر (الأفعال الخارجية)، والانفعال (التغيرات الفسيولوجية)، والتفكير (طرق التفكير والقيم)، والتفاعل الاجتماعي (العلاقات بالآخرين).

تناول على سبيل المثال شخصا يعاني من القلق الشديد عندما يتقدم لحديث ودي مع رئيسه أو شخصا من الجنس الآخر أو أي شخص على درجة معينة من الأهمية أو الجاذبية له. أن قلقه في الحقيقة يترجم عن نفسه في أشكال متعددة ومتصاحبة وتحدث جميعا في وقت واحد: إذ تشتد ضربات قلبه وتزداد سرعة تنفسه (كدلالة على الانفعال) ويتلجلج في

الكلام ويحمر وجهه (سلوك ظاهري) وربما يتكلم مع نفسه بصوت غير مسموع بأنه إنسان فاشل وعاجز ومهمل (قيمة سلبية نحو الذات أو تفكير)، كما يجد نفسه عاجزا عن أن يجد موضوعات مناسبة للحديث لتخرجه من ورطته (كدلالة على ضعف المهارة في التفاعل الاجتماعي).

ولان الاضطراب يشمل كل هذه الوظائف، فان العلاج الناجح يجب أيضا وان يتجه إلى التغيير، وبشتى الوسائل من مصاحبات الاضطراب في كل تلك الوظائف والجوانب. فمن الممكن أن نعلمه أساليب جديدة لضبط انفعاله (من خلال الاسترخاء العضلي مثلا)، كما يمكن أن نعلمه أساليب جديدة من السلوك، أو أن نزيد من إمكانيات أساليب السلوك القديمة في هذا الموقف (تعديل السلوك)، كما يمكن أن نعلمه بأن لا يفكر في نفسه تفكيرا سلبيا وان لا يضفي على هذا الشخص-الرئيس أو الفتاة-قيمة إيجابية أكثر مما يجب (تعديل في طرق التفكير والقيم). ويمكن أيضا أن نعلمه طرقا جديدة في تبادل الأحاديث مع الآخرين، واختلاق موضوعات ملائمة بمهارة (تعديل طرق ا لتفاعل الاجتماعي). وبالرغم أن من الصعب على معالج واحد أن يتقن مهارات تعديل السلوك البشري في الجوانب الأربعة السابقة معا، فان المستقبل قد يشهد تخصصات أدق بين المعالجين النفسيين. فنجد فريقا يولي اهتمامه ونشاطه لتعديل السلوك، وفريقا آخر لتعديل التفكير، وطائفة ثالثة لتعديل المهارات الاجتماعية، وطائفة رابعة لتعديل الاضطرابات الانفعالية. ويبدو أن هذا ما بدأ يتبلور في الوقت الراهن في الولايات المتحدة، وفي غيرها من البلدان التي تشهد تقدما في نمو أساليب العلاج السلوكي.

وبعد، فسنفصل في الفصول القادمة في بعض أبعاد هذا المنهج.. غير أننا نود هنا أن نشير إلى أن فصول الجزء الثاني من هذا الكتاب الخاص بأساليب ومناهج العلاج جاءت لتغطي جوانب التقدم بإعطاء نماذج من أساليب علاج الجوانب الأربعة السابقة فخصصنا الفصلين الثالث (العلاج بطريقة متدرجة) والرابع (الاسترخاء) لعلاج وتعديل الجوانب الوجدانية بإزالة الحساسية المبالغ فيها. وخصصنا الفصل السادس (قوة التدعيم) لإعطاء نماذج من تعديل السلوك، أما الفصل السابع (تعديل أخطاء التفكير) فقد أفردناه لتعديل أساليب التفكير والقيم ويعتبر الفصل الخامس (تأكيد

الذات) نموذجا من نماذج تعديل أساليب العلاقات الاجتماعية.

وبالرغم من أنني لا أزعم بأن ما سأقدمه في هذه الفصول القادمة يعكس بكل دقة المجهودات الرائدة في هذا الميدان فأنني حاولت أن أبين أنه في مشكلات على درجة كبيرة من التعقيد كأمراض النفس البشرية، لا بديل عن بعض الفهم المنهجي إذ ما كنا نرغب بصدق في مواجهة تعاسات البشر وآلامهم بطرق أخرى بعيدة عن فلسفات انهزامية يائسة.

ولا يسعني في هذا المقام إلا أن أتقدم بالشكر لسلسلة عالم المعرفة ومستشارها الأستاذ الدكتور فؤاد زكريا لإتاحة هذا اللقاء مع القارئ العربي.. في كل الوطن العربي.

عبد الستار إبراهيم

السالمية-الكويت

أبريل 1979

قراءات مفتوحة

(1) للمزيد من التفسيرات القديمة للمرض النفسي انظر:

أ- شلدون كاشدان: علم نفس الشواذ، ترجمة احمد عبد العزيز سلامة ومراجعة محمد عثمان نجاتي، الكويت: دار القلم، 1977. خاصة الفصل الثاني وموضوعه نماذج للسلوك الشاذ.

B-Robbins, R.H. The encyclopedia of Witchcraft and de monology. New York: Crown: Publishers,1959.

C-Millon, T. & Millon, R. Abnormal behavior and personality. Philadelphia: Saunders Company,1974.

(2) انظر:

عبد المحسن صالح، الإنسان الحائر بين العلم والخرافة، الكويت عالم المعرفة، مارس، 1979.

في هذا الكتاب الشيق يركز المؤلف على نماذج من الموضوعات التي تفسر بطريقة خرافية بالرغم من انه يمكن تناولها تناولا علميا.. انظر بشكل خاص الفصل الثالث الذي يفرده المؤلف للعلاج الخرافي في بعض الشعوب العربية.

(3) للمزيد عن العلاج بالصدمات الكهربائية وتأثيراتها النفسية انظر. Fried berg, J-Electroshock therapy: Let us stop blasting the brain. Psychology today. August, 1978.

(4) للمزيد عن نظرية فرويد والانتقادات الحادة التي تواجهها مدرسة التحليل النفسي انظر:

أ- هول ليندزي، نظريات الشخصية، ترجمة فرج أحمد فرج وآخرين القاهرة، الكويت، دار الشايع 1978.

ب- أيزنك، الحقيقة والوهم في علم النفس، الترجمة العربية القاهرة: دار المعارف 1969.

(5) Eysenck, H.J. You and neurosis. Glasgow: William Collins

(6) المرجع السابق.

(7) Skinner, B.F. Science and human behavior. New York Macmillan, 1953.

الحواشي

(*) إذا ما اعتاد الإنسان على مواجهة مواقف مختلفة بطريقة مبالغ فيها انفعاليا قلنا بأنه يعاني من مخاوف وقلق، أما إذا اعتاد الإنسان على مواجهة نفس المواقف بصورة غير المكترث، أو الحزين دائما وصفناه بالاكتئاب. ونقول عنه بأنه «فصامي»إذا ما كانت استجاباته لتلك المواقف مشوهة وغير واقعية.

(*1) الأرقام بين الأقواس تشير إلى أرقام المراجع في نهاية كل فصل.

(*2) أجرى واطسون دراسته تلك مع تلميذته Rayner التي أصبحت زوجته فيما بعد. ومن الغريب أن واطسون قد فصل من الجامعة بعد أن نشر دراسته بقليل.. واستطاع توظيف قدراته، الخلاقة في ميدان الدعاية والإعلام ليصبح مليونيرا وليخسره علم النفس وتكسبه الدعاية.

(*3) اتفق مع دكتور فؤاد زكريا في أن الكلمة العربية تشريط تحتاج لبعض التعديل.. لأنها لا تنقل المعنى الذي يتضمنه التعلم البافلوفي وهو التعلم القائم على التحكم في السلوك الإنساني من خلال التحكم بالمنبهات والعلاقات بينها. غير أننا للآسف سنبقي هذا المصطلح لشيوعه.

(*4) لقد شهد العقد الأول من القرن العشرين سيجمند فرويد وايفان بافلوف معا وكان كلاهما على درجة ملحوظة من الشهرة.

الباب الأول
نظرة عامة في
الاضطرابات النفسية وعلاجها

1 نحن والاضطرابات النفسية والعقلية

سأحاول في هذا الفصل أن أقدم للقارئ عرضا لبعض المفاهيم الرئيسية التي سيصادفها في ثنايا الفصول القادمة. فهذا الكتاب - فيما أوضحنا يهدف أساسا إلى إعطاء وجهة نظر علمية متماسكة عن عدد من الأساليب الحديثة في العلاج النفسي، فموضوعه أساسا هو السلوك الإنساني الشاذ أو المضطرب. ومن المفيد - لهذا السبب - أن نتفق على فهم جوانب معينة في هذا الموضوع. فما هو السلوك الشاذ، أو المضطرب ؟ وكيف يتحول الناس إلى مضطربين عقليا ؟ وما هي العوامل النفسية المتدخلة في ذلك ؟ وهل تزداد النسبة المئوية لحالات الاضطراب العقلي والنفسي ؟ وكيف يمكن العلاج؟.

هناك في الحقيقة خلاف كبير حول طبيعة السلوك الشاذ. يعترف واحد من أئمة علم النفس الحديث، بان البدء في تعريف السلوك الشاذ ربما يكون بداية خاطئة «فالعلم لا ينجح دائما في إعطاء تعريفات معقولة عن الظواهر الطبيعية حتى يصل إلى درجة معقولة من الفهم المتقدم لأسبابها. فالأسهل هو أن نصف وأن نتعرف على فيل مثلا

من أن نعرفه»[1][*] ولهذا فما سنقدمه هنا يعتبر وصفا للسلوك الشاذ. وليس تعريفا بالمعنى الدقيق.

هناك مدخلان أو طريقان يمكن من خلالهما التعرف على الأشياء بشكل عام: الطريق الأول هو الذي يصف الأشياء من خلال أضدادها.. فنحن نعرف الأبيض لأنه غير الأسود[2]. ونصف الرجل بأنه ليس طفلا.. وبهذا المعنى يكون السلوك الشاذ.. ما هو ليس بسليم أو بسوي.. ونحتاج هنا أيضا لان نتفق على أوصاف محددة لما نعتبره سليما وصحيحا في الحياة.

أما الطريق الأخر فهو تعريف الأشياء بالنظر إليها من الداخل.. من خلال وصف متعلقاتها الأساسية فنحن لا نكتفي بأن نصف الرجل بأنه ليس طفلا (كما في المدخل الأول)، بل علينا أن نصف ما يتعلق بسلوك الرجل من نضوج انفعالي وقدرة على استخدام اللغة، ، والاستقلال والقدرة على الضبط الحركي والمشي.. إلى غير ذلك. وفي هذه الحالة يجب التعرف على السلوك الشاذ من خلال وصف أنواع معينة من السلوك «تكون غالبية الناس مستعدة للموافقة على أنها سلوك مضطرب أو شاذ». والآن إلى مزيد من التفصيل عن كل طريقة من طرق التعرف على الاضطراب النفسي.

ونعتبر البدء بوصف السلوك السليم أو العادي مدخلا طيبا لفهم السلوك الشاذ.. بالرغم من صعوبته. فما من مفهوم يتحير علماء النفس العلاجي في تعريفه كمثل مفهوم السواء. ربما لان كثيرا من علماء هذا الفرع يتعاملون أساسا مع اضطرابات ومشكلات. لهذا فهم يعتقدون بأن من واجبهم أولا تقديم إجابة شافية «وبالتالي علاجا» للمشكلات الرئيسية والاضطرابات التي تواجه عملائهم. والناس لا يذهبون للمعالجين النفسيين لأنهم أسوياء أو عاديين.. بل لأنهم يحتاجون أساسا لخدمة الخبير النفسي وإرشاده في مشكلات كالقلق، والأرق، والعجز عن الفاعلية الاجتماعية، والشقاء.. وغيرها. ومع ذلك فبدون وجود تصور للسلوك الناجح أو السوي أو الصحي قد لا ينجح المعالج أن يهدي من يستشيرونه للطريق الصواب.. فما هو السلوك العادي أو السليم ؟. ليس ثمة اتفاق في الحقيقة بين الدارسين والمعالجين المختلفين حول قائمة الصفات التي تستتبعها عملية الصحة النفسية، ولكننا يمكن مع ذلك أن نستخلص عددا من الأوصاف لا يثور

حولها جدل كثير في أن من يتصف بها يعتبر على قدر لا بأس به من الصحة النفسية والنضوج:

فثمة أربع فئات من السلوك تظهر لدى الأشخاص بعد نجاحهم في العلاج النفسي كما يمكن أن نلاحظها لدى من نطلق عليهم أسوياء، أو متكاملين، أو غير ذلك من ألفاظ الصحة النفسية.

فهناك النضوج، والمهارة في تكوين علاقات شخصية - اجتماعية فعالة، والدخول في علاقات اجتماعية دافئة وإيجابية على أن تكون مقبولة من الشخص نفسه وغير مرفوضة أو مستهجنة من الآخرين.

وهناك التوافق للعمل والمهنة، أو بتعبير آخر الفاعلية في أداء الدور، أو الأدوار الاجتماعية المنوطة بالشخص، مع البحث النشط عن دور أو أدوار ذات معنى في الحياة، إذا ما ظهر - لأي سبب من الأسباب - أن المهنة التي يقوم بها الشخص لا تقدم له الإشباع الذي يسعى إليه.

وهناك التوافق مع الذات، وما يتبع ذلك من قدرة أو قدرات على تعلم خبرات جديدة، والاستبصار بالذات بما فيها من ضعف و قوة، وبقدرة على تحقيق النفس والأهداف، وتوظيف الإمكانيات الفردية لتحقيق الإشباع المعنوي، والجسمي، والجنسي، وما يرتبط بذلك من نمو في القدرات الابتكارية، واتخاذ القرارات، وضبط الانفعالات السلبية الهدامة كالقلق، والعدوان والاكتئاب والمخاوف التي لا معنى لها.

وهناك أخيرا قدرة الشخص على أن يتبنى لنفسه فلسفة عامة في الحياة تسمح له بان يتصرف بكفاءة ونجاح يتناسبان مع إمكانياته، وأن يوظف تفكيره لتحقيق التوافق بجوانبه الثلاثة السابقة: الاجتماعية، والسلوكية، والنفسية... وعندما نقول فلسفة عامة لا نعني بالطبع بان الشخص السوي يجب أن يكون «كبرتراند راسل» أو «سارتر»، وإنما نعني بان يكون للفرد مجموعة من التصورات والقيم والاتجاهات، والمعتقدات الشخصية التي تساعده على حب الحياة والناس والذات، وتحقيق السعادة، والحياة الاجتماعية الفعالة.

ولسنا نقصد من وضع هذه الصفات أن نستعرض قائمة مفصلة لما نعتبره سلوكا ناضجا أو سليما. ونحن لا نذهب إلى أن هذه الصفات تمثل كل ما يعتبر سليما، وإنما ركزنا على أهمها، وعلى العناصر البارزة في

السلوك السوي كما قد يتفق عليها المعالجون النفسيون بمدارسهم المختلفة. ونحن نؤمن عن يقين بأن أي معالج نفسي مهما اختلفت النظرية التي يتبناها سيجد في هذه القائمة صفة أو أكثر يطمح أن يراها تتطور في مريضه، ويعتبرها مقياسا لنجاحه في العلاج.

إلى هنا ولم نتعرض لهذه الحالات التي نعطيها بلا تردد صفة الشذوذ، أو المرض. لكن ربما كان من أهم ما يمنحنا إياه هذا العرض السابق.. هو أن يوضح لنا بصورة غير مباشرة، ما نعنيه بالسلوك الشاذ أو المريض.

فالعجز عن التوافق في أي جانب من الجوانب الأربعة التي ذكرناها قد يعتبر علامة على الشذوذ والمرض. والواقع أن كلمة شذوذ ككلمة سواء من حيث أنها مفهوم، أو كلمة، مجازية نطلقها على بعض التصرفات، والأفعال التي تصدر عن الشخص في مواقف متعددة. والمطلع على مراجع الطب النفسي وعلم النفس المرضي المتعددة.. كلها، لا يجد تعريفا لأمراض شاذة.. إنما يجد قائمة طويلة تتضمن أسماء ومفاهيم لاضطرابات نفسية كالفصام.. والقلق، والاكتئاب لكل منها أعراض محددة تختلف عن مجموعة الأعراض والتصرفات التي تظهر عند الشخص الذي ينتمي لفئة أو لأخرى.. وهكذا فمجموعة الاضطرابات والتصرفات التي تشير إلى الخلل في تحقيق التوافق الاجتماعي والاندماج في أفعال اجتماعية غير مناسبة ومرفوضة يسهل وصف صاحبها بالجنوح والسيكوباتية أكثر من وصفه بالاكتئاب أو السلبية.. الخ.

بعبارة أخرى.. فانك لن تجد في كتب العلم ما يريح إن كنت تتصور بأن المرض النفسي على غرار المرض الجسمي يرتبط بنوعية شاذة في تركيب وظائف العقل أو الأعصاب. فلقد توقف رجال العلم اليوم عن هذا.. كما توقفوا منذ فترة غير قصيرة عن تصور السلوك الغريب (سواء سلوك عباقرة أو مجانين) بأنه مدفوع بقوة شيطانية، أو أرواح غريبة تحكم الجسم على نحو ما.. وتحرك الإنسان فلا يملك لها ردا.

وربما تسهم كلمة مرض نفسي في بعض ألاحيان في إثارة غموض لا يقل عن الغموض الذي تركته لنا التفسيرات الشيطانية القديمة للأمراض النفسية.. فكما أن تلك التفسيرات القديمة نقلت لنا بأن السلوك الشاذ عمل من أعمال الشيطان، ولم تمنحنا بذلك أي معرفة ذات قيمة فيما

يتعلق بفهم هذا السلوك أو ضبطه أو علاجه، كذلك تثير كلمة المرض النفسي التي تستخدم بكثرة في تلك الأيام. «فالمعنى التقليدي لكلمة المرض هو أنه حالة تتملك شخصا فتحوله إلى شخص مختلف جذريا عن حالته السوية. فهو قد يعاني من الملاريا، أو من الحمى أو الجلطة.. الخ. ونجد في كل حالة انفصالا بين السوي والمريض. والأكثر من ذلك هناك سبب معين لكل مرض، كأن نصاب بجرثومة أو تلحق بنا أضرار مادية ما»(3). ولا شيء من هذا يصح مع الاضطرابات النفسية. والأحرى أن نصور الشخص المضطرب بأنه لا يختلف في طبيعته عن الشخص العادي.. فليس هناك فرق بين المضطربين والأسوياء إلا في مقدار ظهور السلوك الذي نعتبره شاذا. والفصامي.. والعصابي والجانح - بهذا المعنى - ليسوا من طبيعة بشرية مختلفة.. ولكنهم بشر يختلفون في بعض أوجه السلوك فقط: وفي أن التصرفات التي لا تحقق لهم ولا لمن حولهم السعادة والرضاء أكثر بكثير عما هي عليه بين من نطلق عليهم أصحاء. وينقلنا هذا إلى الحديث عما نسميه بالتصرفات أو السلوك الشاذ، وهو الجانب الثاني من تعريف السلوك الشاذ.

الحقيقة أن جوانب السلوك الشاذ، أو المضطرب متسعة في غاية الاتساع، وتشمل طائفة كبيرة من الاضطرابات النفسية والعقلية. على أن بعض هذه الاضطرابات نادر (كحالات المرض العقلي أو الجنون)، على حين أن بعضها يشيع شيوعا كبيرا في المجتمع مما يجعلها موضوعا جديرا بالاهتمام كالقلق والكآبة والجريمة.

ونحن في مجال الممارسة العملية نجد أن الاضطرابات النفسية تتفاوت فتشمل تلك الحالات التي تتراوح من مشاعر الكدر والضيق، والتعاسة، والملل، وتمتد لتشمل الحالات العقلية الخطرة التي تتطلب عادة اللجوء للطبيب النفسي أو إلى المصحات للعلاج النفسي والعقلي. والشخص المضطرب نفسيا بشكل عام ضعيف الفاعلية في عمله وفي علاقاته الاجتماعية ولو أن هذا لا يمنعه في كثير من الأحيان من ابتكار كثير من الأفكار الجديدة الهامة، ومن أن يكشف عن بعض الجوانب من التصرفات لا تختلف عن العاديين.

وهناك طريق تقليدي يتبناه طائفة من الأطباء النفسيين في تقسيم

الاضطرابات النفسية.. فينظرون إليها على أنها تنقسم إلى مرض نفسي (عصاب) أو عقلي (ذهان). والعصابيون أشخاص يتميزون بسهولة الانفعال، وتعساء، تسيطر عليهم بعض الأعراض المحددة، كالخوف من بعض الموضوعات، أو الخوف الشديد من المرض الجسمي، مما يصبغ حياتهم دائما بعدم الاستقرار والتهديد، وتوقع الشر عندما لا يكون هناك شر. لكنهم في العادة قادرون على مواصلة النشاط بالرغم من القيود الداخلية التي يفرضونها على أنفسهم. ويقال أننا جميعا نتعرض لبعض اللحظات العصابية في حياتنا اثر أزمة أو خبرة من الخبرات المؤلمة في الحياة.

أما الذهانيون فهم من طائفة أخرى. نطلق عليهم أحيانا اسم المرضى العقليين أو المجانين وهم باختصار طائفة من الناس التعساء، ولكنهم خطرون، وعديمو الفاعلية. وعادة ما يعجزون عن العمل والتكيف للحياة دون عون من الآخرين. اضطراباتهم حاسمة، وخطرة، وتمس التفكير، أو السلوك الاجتماعي، أو المزاج، أو هذه الأشياء كلها مجتمعة.

والعصاب والذهان شيئان مختلفان، نوعان منفصلان من الاضطرابات. فالاضطرابات الانفعالية التي تصيب المريض النفسي (العصابي) لا يفترض فيها بالضرورة أن تحرم المريض من الاستبصار بحالته، فهو يعرف انه «غير سعيد» وأن «حساسيته مبالغ فيها»، وأن «مخاوفه من الناس والأشياء لا مبرر لها».. الخ، ولكنه لا يستطيع أن يحمي نفسه من هذا. أما المريض العقلي (الذهاني) فقضيته مختلفة فالاضطراب يصيب حياته الانفعالية والعاطفية والعقلية، ويصل هذا الاضطراب إلى درجة كبيرة من الاختلال في بعض الحالات مما يجعله غير مسؤول من الناحية القانونية عما يصدر منه من أفعال خطرة بالذات أو بالآخرين. أن الذهانيين بشر فقدوا صلتهم بالواقع وتحولوا إلى مجانين بالمعنى القانوني. ويفترض بالطبع أن الاختلال الذي يصيب الذهاني يحرمه من الاستبصار بحالته[4].

ويعد الفصام أو الشيزوفرنيا من أهم الفئات التي تنتمي لهذا النوع من الاضطراب العقلي. ويكون الفصاميون 80٪ تقريبا من الذهان. والفصامي - كأي مضطرب ذهاني آخر - يفقد صلته المعقولة بالواقع، وكثيرا ما يعزف عن الاتصالات الاجتماعية، ويستخدم أساليب شاذة في تواصله الفكري مع الآخرين.. فكلماته غير مترابطة، ومبهمة وغامضة. ويبدو من الناحية

الوجدانية وكأنه عاجز عن اختبار أي من الانفعالات الوجدانية، بسبب ما يتملكه من تبلد وجداني ومعتقداته الزائفة (هواجس) كثيرة وقوية، وتتخذ عدة صور كالشك والغيرة، والتوجس، وفي الحالات الشديدة تتملكه هواجس قوية من العظمة أو الاضطهاد.

وفي بعض حالات الفصام تكون المعتقدات الزائفة سواء بالعظمة-أو الاضطهاد هي الغالبة، وفي هذه الحالة يسمى هذا النوع من الفصام بالبارانويا. وبالرغم من التناقض بين العظمة والاضطهاد فغالبا ما يتلازمان لدى الفصاميين.. مما يحير الطبيب النفسي في فهم السلوك الفصامي مثل ما تحيره غرائب أخرى في سلوك الفصاميين.

وتتملك بعض الفصاميين إدراكات حسية زائفة يطلق عليها الأطباء العقليون هلاوس ذهانية. وأكثر أنواع تلك الهلاوس شيوعا الهلاوس السمعية التي يصر من خلالها الشخص على أنه يسمع أصواتا حقيقية (لا يسمعها من حوله)، قد تكون واضحة أو مبهمة، وقد تكون لأناس ميتين أو أحياء.. أو مشاهير.. الخ. وهناك الهلاوس البصرية، التي تختلف عن الخداعات البصرية التي نتعرض لها، في أنها تأخذ شكل يقين لدى الشخص بأنه يرى أخيلة أمامه يتحدث معها بصوت مسموع دون أن يراها من يحيطون به من الآخرين.

ومن أنواع السلوك المرتبطة بالذهان ما يسمى بالهوس، والشخص المهووس تجده في حالة استثارة تامة.. لا يكف عن الكلام، والانتقال من موضوع إلى موضوع آخر.. وهو يشابه الفصامي في أن سلوكه مضطرب وتفكيره تسيطر عليه الهواجس، إلا أن هواجسه تتركز حول القوة والعظمة، مما تجعله يعتقد بأنه قادر على كل شيء بدءا من الغزوات الجنسية إلى الانقلابات السياسية[5].

وقد يضفي البعض صورة وردية على المرض العقلي والجنون بان يتصورهما مهربا من وقائع الحياة الصارمة ومنغصاتها، ويشجع على ذلك بعض التصورات التي يحيكها الخيال الشعبي عن سعادة المجانين وهنائهم. لكن الحقيقة أن المرض العقلي أبعد ما يكون عن السعادة والنعيم. لقد أتاحت لنا الخبرة أن نعرف منهم المئات. منهم من كان يأخذ المظهر السعيد المنشرح يطلق النكات هنا وهناك (كما في حالات الهوس).. ومنهم من كان

يجلس وحيدا ويبدو راضيا (كالاكتئاب)... ولكن ما أن يبدأ الحديث معهم حتى كان يتكشف بان هذا الغطاء يخفى من التوتر والشقاء الكثير. يقول واحد من المشتغلين بالدراسات الاجتماعية من المهتمين بدراسة الفصام «أن الذهان أبعد ما يمكن عن أن يكون حالة من النعيم والسعادة كما يصوره البعض، بل قد يكون في بعض الأحيان وسيلة وأسلوبا من أساليب التعامل مع الحياة، وان الذهانيين لديهم أسباب وجيهة تحملهم على الهرب من مصاحبة البشر، لكنهم يتوقون في نفس الوقت إلى ذلك أشد التوق»[6].

أما أنواع العصاب فهي تتضمن القلق، والمخاوف المرضية، والهستيريا، والاكتئاب. وهناك أيضا الوساوس الفكرية، والأفعال القهرية (القهار).. وهي عبارة عن أفعال أو طقوس لا يملك الشخص إلا أن يفعلها. منها غسل اليد مئات المرات، وعد الأشياء التافهة كمصابيح الإضاءة، والسيارات. ورغم أن بعض الوساوس في صورها الحقيقية أحداث عادية قد تكون مفيدة (كالتأكد مثلا من غلق صنبور المياه).. إلا أنها في الحالات الشديدة غالبا ما قد تشل المريض عن القيام بوظائفه اليومية بنجاح[7].

أما القلق فيعتبر من الأمراض العصابية الشائعة، إلا أنه يعتبر سمة رئيسية في معظم الاضطرابات، نجده بين الأسوياء في مواقف الأزمات، كما نجده مصاحبا لكل الأعراض العصابية والذهانية على السواء. ويرى كثير من المفكرين أن القلق هو سمة العصر الحديث بأزماته وطموحاته ومنافساته الحادة.. وقد يكون هذا صحيحا. لكن مع هذا نجد أن الحالات الشديدة من القلق توجد في كافة المجتمعات.. ولم يخل منها عصر من العصور.

والقلق هو انفعال شديد بمواقف أو أشياء، أو أشخاص لا تستدعى بالضرورة هذا الانفعال. وهو يبعث في الحالات الشديدة على التمزق والخوف، ويحول حياة صاحبه إلى حياة عاجزة، ويشل قدرته على التفاعل الاجتماعي والتكيف البناء. ويشمل الاضطرابات في حالات القلق - مثله في ذلك مثل أي اضطراب انفعالي آخر - الكائن بجوانبه الوجدانية والسلوكية، والتفكير فضلا عن تفاعلاته الاجتماعية. فمن حيث النواحي الشعورية (أو الوجدانية) تسيطر على الشخص في حالات القلق مشاعر بالخوف، والاكتئاب، والشعور بالعجز عن اتخاذ قرارات حاسمة، أو سرعة

اتخاذ قرارات لا تنفذ. والشخص في حالات القلق غالبا ما تظهر اضطراباته الفكرية في شكل تبني اتجاهات وأفكار لا منطقية. وقد تبين أن القلقين والعصابيين غالبا ما يتبنون أفكارا مطلقة، متطرفة، وغير واقعية ويميلون إلى نقد الذات الشديد، ويضعون متطلبات صارمة على ما يجب أن يفعلوه وما لا يفعلوه. أما الجانب السلوكي من القلق فيتعلق بالتورط والانغماس في سلوك ظاهر من الخوف والتوتر عند اختبار موضوعات القلق. ففي الحالات الشديدة من القلق يبدأ الشخص في معاناة تغيرات فسيولوجية، كسرعة دقات القلب، والتشنج وتقلصات البطن والإسهال، والدوار والعرق البارد.. الخ. ولأسباب عملية يعتبر هذا الجانب من أكثر جوانب القلق أهمية، لان جزءا من العلاج النفسي السلوكي الحديث يركز على التعديل من هذا الجانب السلوكي الظاهر، وينجح في تعديله.. ويؤدي هذا التعديل في هذا الجانب إلى تعديل في الجانبين الآخرين من القلق وهما جانبا الشعور والتفكير. وطرق التفاعل الاجتماعي للشخص في حالة القلق تتأثر أيضا فيميل إلى التناقض والحمق والتطرف في علاقاته بالآخرين. والمثال الآتي يوضح صورة الاضطراب التي تتملك الشخص في الحالات الشديدة من القلق:

«أقبلت زوجة محام ناجح في السادسة والعشرين من العمر إلى عيادة نفسية في حالة من الفزع والإنهاك. كانت تعاني من الصداع المستمر والإنهاك والتوتر ومن نوبات تقلصات في البطن والإسهال، تعرضت لنوبات من التشنج، يصيبها فيها الدوار والعرق البارد، وقلبها يأخذ في الدق العنيف، والألم يستبد برأسها (اضطراب في الشعور).. وقد انتابتها إحدى هذه النوبات في منتصف الليل عندما كان زوجها في خارج المدينة (موقف خارجي لا يستثير بالضرورة الفزع). واستيقظت وهي تبكي وترتعد بعنف (اضطراب في السلوك الظاهر). وتذكرت أنها فكرت (جانب فكري لا منطقي): هاأنذا مريضة وحيدة، بينما زوجي بعيد عني ولا أحد يعلم من أنا. وكانت تردد وهي تسرد أعراضها أن سلوكها أحمق، وتقول إنني أثير ضجة لا مبرر لها ولكن الأمر خارج عن إرادتي[*1] (جانب اجتماعي). (التعليقات بين الأقواس والخطوط من وضعنا)».

وقريب من حالات القلق ما يسمى بالمخاوف المرضية (فوبيا). والحقيقة

أن كثيرا من الأطباء النفسيين يعتبرون الخواف المرضي جزءا من القلق، ولو أن الخوف في حالة الخواف ينشأ مرتبطا ببعض الموضوعات، أو الأشخاص، أو المواقف المحددة. والانفعال الشديد، والفزع والارتياع الذي يتملك الطفل أو البالغ في حالات المخاوف المرضية، يشبه القلق وكل الاضطرابات العصابية من حيث أن الخوف الشديد ليس له ما يبرره، وأن الشخص يعرف ذلك، ولكنه يعجز عن التحكم في مخاوفه أو ضبط انفعالاته بصورة بناءة بما ينتهي به أيضا إلى العجز عن ممارسة حياته العملية والاجتماعية.

والخوف المرضي يمكن أن ينشأ كاستجابة لطائفة واسعة من الموضوعات التي لا تكون مفزعة في ذاتها في العادة. وقد تكون هذه الموضوعات حيوانات، أو أماكن، أو أشخاص أو مواقف اجتماعية. وتعتبر القطط، والكلاب، والأماكن المرتفعة، والمغلقة، والظلام، والدم، والموت، ومواجهة الناس أو الحديث أمامهم، والرفض والنقد، والجنس الآخر، والوحدة، والجنس.. الخ ضمن الأشياء التي كثيرا ما تكون موضوعات للمخاوف المرضية.

أما الاكتئاب فهو مرض عصابي آخر نصادفه كثيرا هذه الأيام. وما من شخص منا إلا وانتابته لحظات في عمره - اثر أزمة خارجية، أو فقدان قريب أو صديق شعر فيها بالحزن والضياع. مثل هذا الشعور نجده يسيطر على البعض بصورة أقوى وأطول مما هو معتاد، لهذا نسمي مثل هؤلاء مصابين بالاكتئاب. ويكون الاكتئاب مصحوبا في كثير من الأحيان بالقلق واليأس، والأرق، ومشاعر الذنب المبالغ فيها، وفقدان الشهية، والبكاء المتكرر.. وانعدام الثقة بالنفس، والتأنيب المستمر للذات، وعند نشأة الاكتئاب (وهو عادة ما ينشأ في سن متأخرة) نجد أن نشاط الشخص يضعف ويبلد، وعلاقاته الاجتماعية تتقلص، ويتقوقع الشخص على ذاته في خيبة أمل، وعجز. ويتجنب المكتئبون، التعبير عن العدوان والكراهية إما بسبب شعورهم الشديد بالذنب في التعامل مع الناس، أو لخشيتهم من أن ذلك قد يؤدي إلى رفضهم من قبل الآخرين. فهم أيضا يخافون من الرفض الاجتماعي ويهلعون منه هلعا شديدا.. ويتصيدون رضاء الناس.. وينتهون بالرغم من هذا، أو بسبب هذا إلى إدانة الآخرين، وإدانة أنفسهم لأنهم يدينون الآخرين.. وهكذا. وتسيطر على المكتئبين أفكار بأن حياتهم عديمة الجدوى، وليس

نادرا أن تنتهي حياتهم في الحالات الشديدة بالانتحار. ذلك التصرف اليائس الذي يبدو في نظر المكتئب وكأنه البديل الوحيد لأحزانه وتعاسته.

ولعلكم تلاحظون أن الاكتئاب كالقلق يمثل استجابة انفعالية مبالغ فيها، لكنه بعكس القلق الذي يتجه إلى الأمام ويتعلق بمخاوف وأخطار المستقبل، نجد أن المكتئب يتجه إلى الماضي وأحزان ما فات. لكنهما عادة ما يكونان متلازمين.

وبعض أشكال الاكتئاب بسبب ما فيها من عزلة وحزن، وعدم فاعلية وقلق أيضا تؤدي إلى تخريب وظائف الشخصية الأخرى كالتفكير، وعندئذ قد يتحول الاكتئاب العصابي إلى ذهاني. وهذه هي الحالات التي تنتهي بسيطرة الهواجس: تلك الأفكار الثابتة التي تسيطر على بعض المكتئبين مبينة لهم بأنهم عديمي النفع والجدوى. وفي هذه الحالات الشديدة من الاكتئاب يقيم الشخص اعتقاده بان الحياة عديمة الجدوى بالرغم من كل الحجج التي يحاول الآخرون بها إقناعه بان ما يفكر فيه غير صحيح.

والقلق الوجودي شكل آخر من الاضطرابات الانفعالية التي دخلت مسرح علم النفس حديثا. وهو مثل الاكتئاب من حيث أن الشخص تتملكه مشاعر بان الحياة عبث ولا قيمة لها، ويفقد إحساسه بقيمة كل ما يفعله. وهو أيضا كغيره من أنواع العصاب الأخرى له اضطراباته الوجدانية، والفكرية والسلوكية. فمن الناحية الوجدانية، يكون الشعور الغالب هو الإحساس بالملل والفراغ ومشاعر بالاكتئاب المتقطع. ومن الناحية الفكرية تسيطر على الشخص أفكار بان الحياة لا معنى ولا ضرورة لها. أما من الناحية السلوكية، فان الشخص يصبح غير مكترث للقيام بأي نشاط، أو أن يمضي في حياته. ولكن أهم من هذا هو التبريرات الفلسفية التي يحيكها الشخص بمهارة مبررا بها إحساسه ومشاعره وتقاعسه عن أداء نشاطاته المعتادة. والقلق الوجودي كالاكتئاب من حيث أن كليهما يحكمهما الإغراق في الحزن، ومشاعر الاغتراب، واللاجدوى. لكن ما يغلب في حالات القلق الوجودي هو اللااكترات وغياب المشاعر القوية، وفقدان الإحساس بوجود أي معنى للحياة، أما ما يغلب على المكتئب العادي فهو الحزن والانقباض وهما شعوران على أية حال. وكما في القلق العصابي والاكتئاب، فان القلق الوجودي دائما ما يكون مصحوبا بأعراض الاكتئاب، ومن الاكتئاب، ومن المحتمل أن تكون

الاختلافات بينهما اقل من التشابه.

ويسمى القلق الوجودي كذلك، لان إبرازه تم بفضل كتابات الأدباء والفلاسفة الوجوديين من أمثال «ألبرت كامو» و «جان بول سارتر» و «أرثرميلر»... الخ. ولعل القارئ الذي يود أن يتأمل في حالات نموذجية من القلق الوجودي أن يقرأ روايتي «الغريب» لالبير كامي، ومسرحية «بعد السقوط» لارثر ميلر. فكلا البطلين: «ميرسول» في رواية الغريب، و «كوينتين» في مسرحية بعد السقوط، يعتبرا تجسيدا طيبا لهذا العرض.

وفي الأدب العربي، ولجت حالات القلق الوجودي في روايات مثل «اللص والكلاب» لنجيب محفوظ، «وموسم الهجرة للشمال» للطيب صالح. ويبدو أن من العسير علينا أن نقدم للقارئ حالة من القلق الوجودي، لان العيادات النفسية لا تشاهد كثيرا من هؤلاء الأشخاص، ربما بسبب مشاعر اللااكتراث الحادة التي تجعل من هؤلاء الأشخاص ينظرون شذرا لأي خدمة مهنية[7].

وإذا كانت الأنماط السابقة من العصاب، يسيطر فيها القلق والخوف والاكتئاب، فان هناك نوعا آخر من العصابيين يظهر وكأنه قد خلى من كل هذه الهموم، ولو أن مشاكلهم النفسية تبدو لهم ولغيرهم حقيقية وواضحة ولا تقبل الجدل. وفي هذه الطائفة يوجد الهستيريون.

والهستيريا شكل آخر من العصاب تتبلور أعراضها في شكايات جسمية ليس لها أساس فعلي يمكن للطبيب علاجه. ولا شك أن الهروب من الأشياء بالتظاهر بالمرض من أحد الأعراض الشائعة لدى الأطفال. لهذا توجد الأعراض الهستيرية بين الأشخاص غير الناضجين والمنخفضين في الذكاء. ومع ذلك فان الهستيريا تختلف عن التظاهر بالمرض، لان الاستجابة الهستيرية تحدث دون تحكم المريض وبرغم إرادته. فالفرد المصاب بالعمى الهستيري، مثلا يكون بالفعل عاجزا عن الرؤية، ولو أن السبب يضرب بجذوره في أسباب نفسية دون أن يكون هناك اختلال عضوي في مراكز الأبصار. والفتيات أكثر استهدافا للإصابة بالهستيريا من الذكور خاصة عندما تكون الأم من النوع المسيطر، المسرف في الرعاية، ومن ثم تهتم اهتماما بالغا بالشكاوى الجسمية والأمراض. ومن أشكال الهستيريا العمى الهستيري، والصمم الهستيري، والتشنج، وفقدان الذاكرة. ولعل هذه الأنواع وغيرها قليل من كثير من الأعراض التي تتألف منها الهستيريا. والهستيريا

غالبا ما تخدم هدفا ثانويا، فهي تساعد الشخص على تجنب المشكلات، وتجمله مركزا للاهتمام والرعاية، ويؤدي التركيز على الشكاوى الجسمية في نفس الوقت إلى أبعاد الشخص عن التفكير في المصادر الحقيقية للقلق والإحباط في العالم الخارجي. لذلك تؤدي إزالة الأعراض الهستيرية إلى ظهور القلق في بعض الحالات.

وهناك أيضا السيكوباثيون أو من يسمون أحيانا بالجانحين. وهؤلاء لا تبدو عليهم أعراض نفسية أو جسمية بالمعنى السابق، لكن سلوكهم لا يمكن أن يكون من وجهة نظر المجتمع سلوكا متزنا أو عاقلا على الإطلاق. وهم أناس مندفعون، ضعاف في إحساسهم بآلام البشر، وعدوانيون، وضعاف الضمير، ويعجزون عن حساب نتائج أفعالهم. وقد أمكن باستقصاء عدد كبير من البحوث التي قارنت بين شخصيات الجانحين وغير الجانحين، التوصل إلى أربعة فروق رئيسية هي أن الجانحين يختلفون عن العاديين في:

1- ضعف الضمير، واختفاء مشاعر الذنب، والفشل في اكتساب الضوابط الداخلية.

2- البطء في بعض أنواع التعلم.. خاصة التعلم الذي يحتاج للوعي بمعايير وقيم المجتمع.

3- مواجهة الإحباط بالاندفاع والعدوان دون حساب للنتائج.

4- ضعف المشاركة الوجدانية، والعجز عن تقدير مشاعر الآخرين.

ولان السلوك الجانح دائما يظهر في شكل معاد للمجتمع، فانهم يدعون أحيانا بالمرضى الاجتماعيين (سوسيوباثيين) وبرغم من أن الجريمة هي السلوك الذي تلجأ إليه هذه الفئة لحل صراعاتها عادة، فان هناك أنواعا أخرى من الانحرافات التي تشيع في هذه الفئة كالسرقة والكذب. ويظن خطأ بأن المدمنين على المخمور والعقاقير من هذه الفئة. غير أن للمدمنين مشكلات خاصة، وبواعث مختلفة. ولو أن الجانحين والسيكوباثيين غالبا ما يتشيعون لهذه الاضطرابات. ونسبة الجناح بين الذكور ترتفع عن نسبة الإناث الجانحات ثماني مرات على الأقل. وتثبت البحوث على عصابات الجناح التي تضم الذكور والإناث، أن الذكور يتجهون إلى الخشونة والاقتحام واختراق القانون، بينما يقوم الإناث بعملية التشجيع.

وسولك الجانحين متنوع من حيث الاضطراب النفسي، ففيهم من العصاب: القلق، والتوتر، والصراعات الداخلية، وفيهم من الذهان العدوانية، وعدم الاستبصار بنتائج السلوك. لكن هناك ما يسمى بالجناح الاجتماعي الكاذب ويسمى هكذا لن الاشخص يسلك نحو أعضاء الجماعة التي ينتمي اليها سلوكا لائقاً، لكنه لا يسلك نفس السلوك نحو من هم خارجها. وقد تبين في دراسة لـ500 طفل جانح، ان بينهم من هم اسوياء من الناحية النفسية لكنهم يحملوون قدرا مرتفعا من الكراهية نحو السلطة، ويرفضون قيم المجتمع الخارجي التي لا تنتمي له جماعة الجانح. ولا شك ان من قرأ رواية «الجريمة والعقاب» لديستوفسكي فسيشده التشابه الشديد لبطل الرواية بهذا النوع من الجناح الكاذب[8].

نحن نكتفي إلى هنا بأهم الشكاوى والأعراض البارزة في ميدان الاضطرابات النفسية والعقلية. ولكننا نبادر فنقول أن ما عرضناه لا يشمل في الحقيقة كل الاضطرابات والشكاوى التي نقرأ عنها أو نسمع بها من الآخرين. فهناك أيضا الشكاوى التي، بدأت تغزو ميدان علم النفس حديثا، وتلك التي تتحول فيها صراعات الحياة والقلق إلى إصابة وظائف الجسم بالخلل كارتفاع ضغط الدم، والربو، والقرحة.. وغيرها من طائفة الاضطرابات التي تسمى بالأمراض السيكوسوماتية. ولعل القارئ يغفر لنا قصور هذا العرض، ولعله أيضا يقدر بأننا لم نقصد من هذا العرض البسيط كتابة مؤلف عن الطب العقلي والسلوك الشاذ، بقدر ما نهدف إلى الاستبصار ببعض المفاهيم الرئيسية الممهدة للفصول الرئيسية من كتاب عن تعديل السلوك البشري. ولعل القارئ الذي يود، مزيدا من الاستبصار عن هذه الموضوعات أن يرجع إلى المراجع رقم 1 , 5 (ب) المسجلة في قائمة المراجع العربية.

ويبقى الآن سؤال نشعر بأن إثارته تخدم أيضا مبرراتنا في تخصيص كتاب من هذا النوع للمكتبة العربية، ويتعلق بمدى انتشار هذه الاضطرابات. فإلى أي مدى تنتشر الاضطرابات النفسية والعقلية ؟.

يعتقد كثير من الأطباء النفسيين أن عدد العصابيين يتراوح ما بين 30: 35٪ من عدد سكان أي دولة. والحقيقة أن نسبة التعساء بسبب الاضطرابات النفسية والعقلية أو الاجتماعية قد تكون اكبر من هذا إذا ما

لاحظنا بان في حياة كل شخص تقريبا لحظات محددة طويلة أو قصيرة يشعر فيها بالاضطراب، وأن الأمور أفلتت من يده، أو يعاني من حالات يوشك فيها على الانهيار العصبي وان أسلوبه في الحياة لم يعد يجدي معه.

ويقرر مركز الخدمات الصحية في إحدى الجامعات الإنجليزية أن 4٪ من الرجال و5٪ من النساء يعانون من أعراض نفسية (أو ذهانية لفترة قصيرة) أثناء حياتهم الدراسية. وإذا اتخذنا من هذه النسبة محكا، فان نسبة العصاب ستزيد عن هذا دون شك. وفي دراسة مسحية على خمسة آلاف أمريكي، وجد أن 4٪ منهم كانوا يعانون من الاضطراب المزمن، و ١١٪ يشعرون بالاكتئاب النفسي والتعاسة، و ١٩٪ تتملكهم مخاوف من الانهيار العصبي بين لحظة وأخرى، و 23٪ صادفتهم مشكلات احتاجت لتدخل أخصائيين نفسيين أو اجتماعيين. أما نسبة الذهان فهي تصل إلى اكثر من ١٪ في المجتمع. والنساء أكثر عرضة للإصابة بالأمراض النفسية من الرجال، وكبار السن يرتفعون أيضا بمقارنتهم بالصغار في جوانب معينة من الاضطرابات النفسية كالاكتئاب(9).

وقد يتبادر لذهن القارئ أن هذه النسب تنطبق على المجتمعات الغربية وهي ليست مقياسا لمجتمعاتنا العربية. وقد نتوهم بأن المجتمعات النامية، التي تقل فيها ضغوط الحياة تخلو من الاضطرابات النفسية. لكن هذا غير صحيح، فعلماء النفس الأنثروبولوجي(*2) يؤكدون أن الأمراض النفسية توجد في كل المجتمعات التي درست. بالرغم من أن هناك بعض الاضطرابات التي قد يقل ظهورها في المجتمعات البدائية، كالأمراض السيكوسوماتية (ارتفاع الضغط، والقرحة.. الخ) التي ترجع إلى اضطرابات العمل وضغوطه، إلا أن هناك اضطرابات أخرى تسود في المجتمعات الإفريقية، ولا تسود في المجتمعات الغربية كجنون السعار في بعض المجتمعات الإفريقية. لكن الذي لا شك فيه أن الاضطرابات النفسية والعقلية ليست حكرا على المجتمعات الغربية.. وأنها تشكل في الحقيقة مشكلة لكل المجتمعات الإنسانية.. ففي مسح اجتماعي لحالات الفصام المزمن في مناطق «غانا» الإفريقية، وجد أن نسبة الفصاميين (والفصام يشكل 80٪ من حالات الذهان) تصل إلى 9٪ من عدد السكان-في مقابل 8٪ من عدد السكان في أوروبا وأمريكا . وفي دراسة حديثة أجريت في ثلاث قرى هندية تتكون من تسعة

آلاف نسمة تبين أن 37٪ من السكان صرحوا بأنهم يعانون من أحد الاضطرابات النفسية بشكل أو بآخر. وزادت هذه الأعراض بين النساء اكثر من الرجال، وبين الفقراء أكثر من الأغنياء. صحيح أن نسبة من هذه الاضطرابات لم تكن خطيرة ولم تستدع الإبداع في المصحات العقلية إلا أن من الشيق أن نلاحظ مع هذا أن نسبة أل 37٪ تقترب من الإحصاءات الواردة من الغرب.

أما في العالم العربي فإننا نعتقد بان الأمر لا يختلف كثيرا. صحيح أنه لا توجد مثل هذه الدراسات المسحية الشاملة. ولكن بعض الدراسات المحدودة قد تفي بالغرض. ففي دراسة مقارنة أجراها الكاتب على ثلاث مجموعات من الطلاب في أمريكا وبريطانيا ومصر[10] تبين أن نسبة العصابية والقلق تزداد بين الطلاب المصريين، يتلوهم الأمريكيون، ثم الإنجليز. كذلك أجرى غالي دراسة على 1883 فردا من المقيمين في الكويت من بينهم 450 من الكويتيين الذكور، و 557 من الكويتيات، و575 من غير الكويتيين من الذكور، و 296 من غير الكويتيات. أمكن سؤالهم جميعا أسئلة أو استفتاءات مماثلة تماما لاستفتاءات استخدمت في إنجلترا، وكان هدفها أن تبين مدى شيوع القلق وعدم الاستقرار الانفعالي في داخل المجتمع الكويتي[11]. وقد سمحت لنفسي أن أقارن النتائج المستخلصة من هذا البحث بنتائج بحوث مماثلة في المجتمعات الغربية (الإنجليزية و الأمريكية) لكي تتضح لنا بعض الفروق. وكما في بحثنا السابق تبين هنا أيضا أن حظ الكويتيين لا يقل عن حظ المصريين من حيث ارتفاع مستويات القلق والاضطرابات العصابية. فلقد ازداد شيوع العصاب بينهم أكثر من المجتمع الإنجليزي. وفي داخل المجتمع الكويتي ترتفع (ولأسباب غير معلومة) الميول العصابية بين المواطنين الكويتيين عن الوافدين من الدول العربية الأخرى، كما أن الإناث عامة سواء كن كويتيات أو وافدات كن أكثر عصابية، وقد أبرزت الدراسة أن اكثر المجموعات عصابية هي فئات تلاميذ المرحلة الثانوية وأصحاب المهن، أما المشتغلون بالتدريس فهم أميل لعدم الاستقرار والعصابية من غيرهم من أفراد المهن الأخرى. وتنبع أهمية هذه النتائج في أنها تساعد على تخطيط أي برامج وقائية لمواجهة الاضطرابات النفسية قبل استفحالها.

والآن هل تتجه الاضطرابات العقلية والنفسية إلى الزيادة بسبب تزايد ضغوط الحياة الحديثة؟ أجل !.. فتزايد المعرفة بالموضوع والتيسيرات التي تقدمها الدول للبحث العلمي والعلاج تؤدي إلى زيادة في اكتشاف الاضطرابات، والتوصية بها للعلاج. لكن الزيادة بالطبع تلمس بعض جوانب الاضطراب النفسي أكثر من الجوانب الأخرى.

ففي حالة الذهان لا تحدث الزيادة بشكل مضطرد .. بل أن هناك هبوطا في معدلات الالتحاق بالمستشفيات العقلية الأمريكية بعد سنة1955 .. وقد جاء هذا مواكبا للنجاح في اكتشاف بعض العقاقير والمهدئات. لكن بينما نقص عدد النزلاء الذهانيين في المستشفيات زاد عدد زياراتهم للعيادات الخارجية، ويدل هذا على أن العقاقير تهدئ من شدة الأعراض.. ولكن آثارها غير حاسمة. ومن ناحية أخرى فهناك زيادة في عدد الذهانيين بعد سن الخامسة والخمسين في الدول الغربية غير أن هذه الزيادة ترتبط فيما يبدو بظروف الرعاية التي بدأت تقدم بكرم نحو المسنين.

أما بالنسبة للأمراض النفسية: القلق والاكتئاب، فيبدو فعلا أنها في تزايد مستمر بالرغم من ازدياد تعاطي العقاقير المهدئة. وهناك دلائل واقعية على أن القلق أو النزعات العصابية تتزايد في دول العالم النامي. ويبدو أن ضغوط الحياة وميل المواطنين في هذه الدول لتبني قيم المجتمعات الغربية المادية، يخلق ضغوطا على الأفراد مما يسم حياتهم بالصراع والقلق. ويؤكد هذه النظرية أن هناك أيضا زيادة في الجريمة والجناح بصفتهما نتيجة للفرص غير المتكافئة من النجاح في مجتمع رأسمالي. ويقرر عزت حجازي[(12)] أن الاتجاه نحو الإدمان وشرب الخمور وتعاطي العقاقير أصبح الآن مشكلة تواجه بعض القطاعات في المجتمعات العربية. صحيح فيما يلاحظ حجازي أن التعاطي والإدمان ما زال محدودا، إلا انه بدأ ينتشر في الازدياد منذ أوائل السبعينات شاملا الذكور، وبعض فئات من الإناث، وطلبة الجامعة، وأبناء الطبقات الدنيا والوسطى والعليا على السواء. وبالرغم من أن حجازي يريد أن يوحي بأن تلك الاضطرابات وغيرها من مشكلات اجتماعية ترتبط بالاغتراب والتغير الاجتماعي وغيرها من العوامل الاجتماعية، فان الملاحظة تشير إلى أن الجنوح والإدمان تظهر عند البعض ولا تظهر عند البعض الآخر. فتحت نفس الظروف الاجتماعية السيئة قد

يتحول البعض إلى جانح وبعضهم قد يختار القلق، ويبقى لبعضهم الثالث الاتجاه إلى بعض السبل البناءة.

مما يدل على أن هناك عوامل أخرى نفسية، تحكم حتى الاضطرابات في السلوك الاجتماعي كالجناح والجريمة والإدمان. ويشير هذا إلى ضرورة أن تساير الخطط الاجتماعية في الوقاية والعلاج، خطط نفسية تولي اهتمامها للفرد واضطراباته. ويقودنا هذا إلى الحديث عن مصادر الاضطرابات النفسية والسلوك الشاذ.

آن الآن أوان الحديث عن مصادر الاضطرابات النفسية. وسنعرض لثلاثة مصادر هي الوراثة، والتعلم الاجتماعي، والضغوط أو الأزمات البيئية. وبالرغم من أن كل مصدر من هذه المصادر كفيل وحده بإحداث الاضطرابات النفسية، إلا أن الاضطراب النفسي يحدث عادة بسبب التقاء هذه العناصر الثلاثة مجتمعة، أو اثنين منها على الأقل. لهذا فالحديث عن أن الوراثة هي السبب، أو أن التعلم من البيئة هو السبب أشبه بالحديث عن أيهما يؤدي إلى زيادة نسبة حوادث السيارات بالكويت: ضعف التدريب على القيادة، أم تزاحم السيارات في الطرق والميادين ؟ !.

أ- والحقيقة أن الشخص يولد ولديه استعداد وراثي ضعيف لتحمل الضغوط، والتداعي أمام الكوارث، وتساعد البيئة (خاصة خبرات الطفولة السيئة) على تعميق هذا الاستعداد فيحدث الانهيار بسبب صعوبات الحياة الحديثة.

ومن المعروف أن بعض الأسر يشيع فيها نمط معين من الاضطراب: الفصام أو القلق أو الميل للجنوح.. لكن هذا لا يعني أن تلك الاضطرابات موروثة، فقد تكون بسبب أن الأبوين يخلقان مناخا مضطربا مؤثرين بذلك تأثيرا مباشرا على الطفل في اختيار هذا الأسلوب المضطرب من الحياة.

ومن أفضل الطرق للحسم في تأثير الوراثة دراسة التوائم الأخوية (غير المتطابقة) والتوائم المتطابقة. والتوائم المتطابقة هي التي تحدث بسبب انقسام بويضة واحدة، لهذا فالخصائص الوراثية تتساوى.. بحيث أن الاختلاف الذي يحدث في سلوك توأمين يمكن أن يكون راجعا لعوامل التعلم الاجتماعي. أما التوائم الأخوية فهي تنشأ نتيجة لتخصيب مستقل لبويضتين، لهذا فالتشابه بينهما لا يزيد عن التشابه بين الاخوة في الرضاعة.

وعلى هذا فإذا قارنا سلوك التوائم المتطابقة بسلوك التوائم الأخوية في ظروف اجتماعية مختلفة فوجدنا أن التوائم المتطابقة أكثر تماثلا من التوائم الأخوية في جانب معين، فان هذا يعني أن هذا الجانب موروث إلى حد ما. ويبين الجدول الآتي النسبة المئوية لانتشار الاضطرابات النفسية بين التوائم وهي مثيرة للتأمل بحق:

جدول يبين نسبة الاضطرابات العقلية بين التوائم

نوع الاضطراب	نسبة التشابه بين التوائم المتطابقة ٪	بين التوائم غير المتطابقة ٪
الفصام	86: 67	15: 10
الهوس و الاكتئاب	100: 70	15: 29
الانحرافات السيكوباثية	25	14
العصاب (القلق و الهستيريا)	53	25

ملحوظة:

هذا الجدول مأخوذ عن أرجايل: علم النفس ومشكلات الحياة الاجتماعية، مرجع رقم/5 (ب) والجدول يعبر عن متوسط النتائج في عديد من الدراسات.

والذي نستنتجه بوضوح من الجدول أن كل الاضطرابات النفسية تخضع للوراثة جزئيا، دون أن يلغي هذا دور العوامل البيئية وإلا بلغت نسبة التشابه بين التوائم المتطابقة مائة في المائة. غير أن هناك بعض الاضطرابات تمنح الوراثة فيها استعدادا قويا للاضطراب، ويزداد تدخل الوراثة في الأمراض العقلية (الفصام والهوس والاكتئاب) يتلوها العصاب، ثم الانحرافات السيكوباثية والجنوح.

ب- يقرر الجدول على أية حال، أن الوراثة وحدها لا تحدث الاضطراب السلوكي وأن الخبرات البيئية التالية يجب حسابها بقوة. ويزداد تأثير الخبرات البيئية في مراحل الطفولة.. هناك ما يؤكد عن يقين بان ظهور الاضطراب النفسي - السلوكي يرتبط بأساليب محددة من تنشئة الأطفال،

وأن كل اضطراب يرتبط بخاصية مستقلة من خصائص التنشئة لا تظهر في الاضطرابات الأخرى[14].

فدراسة الأشخاص المصابين بالقلق بينت أنهم ولدوا لآباء يتميزون بالضبط الشديد، وأن علاقتهم بأبنائهم تميزت بالتوتر والتخويف في المواقف الاجتماعية. وتنتهي هذه الخبرات بالشخص فيما بعد إلى سهولة تعلمه واكتسابه للمخاوف المرضية. تلك المخاوف التي تعتبر السمة الأساسية لكل جوانب القلق والعصاب.

أما حالات الجناح فترتبط بالرفض والعقاب البدن، مما يدل على أنه ينشأ من نوعية مختلفة من التنشئة.

وقد أشرنا إلى أن طفولة الهستيريين ذات طبيعة مختلفة. فوالدة الهستيري (أو الهستيرية) تكون من النوع الذي يسرف في الرعاية، والسيطرة، وتولي اهتمامها للشكاوى الجسمية، والأمراض البدنية. ويؤدي هذا إلى اللجوء إلى الحيل والأمراض الجسمية في مواجهة الإحباطات والصراعات: وهذا هو جوهر ما نسميه بالهستيريا.

والفصام يظهر غالبا لدى الأشخاص، الذين يتعرضون في طفولتهم للكف، والعزلة عن الأطفال الآخرين. ولم يتمكن العلماء حتى الآن من اكتشاف ما إذا كانت هذه العزلة ترجع إلى فشل الشخص في اكتساب وتعلم المهارات الاجتماعية التي تساعد الشخص على التكيف الفعال، أم تعكس سمات موروثة من الشخصية. وهناك دراسات شيقة تبين أن الفصاميين يأتون من أمهات كثيرات الغضب، ولكنهن مسرفات في الرعاية في نفس الوقت. كما توضح هذه الدراسات أن تخلف الفصامي في فهم العلاقات الاجتماعية وعجزه عن التواصل بالناس، إنما يتسبب عن اضطراب التواصل بينه وبين الأبوين في الفترات المبكرة. أي أن الفصامي لم يجد نماذج من الاتصال الاجتماعي الجيد في داخل الأسرة يمكن أن يحاكيها في تفاعله مع المواقف الاجتماعية المختلفة. وهناك نظرية تثبت أن الاتصال بين الأم والفصامي يأخذ ما يسمى بشكل الرسائل المزدوجة[13] فالأم تتصرف بطريقة معينة ولكنها تتوقع استجابة مختلفة. بحيث أن الطفل يتلقى رسائل (أو منبهات) بأنه يجب أن يسلك على نحو معين، ولكنها رسائل تتضمن في الوقت عينه بعض المعلومات التي تتناقض مع ذلك تناقضا ملحوظا. لذلك

يصبح الطفل كالضحية المحكوم عليها بالفشل مهما كان قرارها أو اختيارها. ولعل نظرية الرسائل المزدوجة وما تسببه من حيرة نلاحظه في الحادثة الآتية التي حدثت على مشهد من الكاتب نفسه في إحدى مستشفيات الطب العقلي بالولايات المتحدة:

مريض فصامي في السابعة عشر من عمره كان في أسبوعه الخامس في المستشفى عندما حدث ذلك. فبعد أن أجمعت ملاحظاتنا الاجتماعية والنفسية انه قد بدأ يتحسن ويسلك سلوكا اجتماعيا إيجابيا جاءت أمه في نهاية الأسبوع لزيارته.. فلما رآها وذهب لتحيتها صاحت: «ألا تخجل من نفسك بعد هذه الفترة أن لا تسرع بتقبيلي..» ولما قام بذلك احمر وجه آلام الأم وأبعدت جسمها عنه بحذر. احمر وجه الشاب، وبدت عليه علامات الحرج والعجز عن التصرف. وقد لاحظنا بعد ذهاب الأم أنه انتكس واتجه من جديد للإغراق في ذاته.. والبعد عمن حوله.

هاهنا مثال واضح للغموض في الاتصال المحير فالرسائل التي ترسلها الأم متناقضة فهي في الظاهر تعني المحبة والمودة.. ولكنها في مضمونها تحمل معنى مضادا[*3]. فتكون استجابات الشخص فاشلة إذا لم يظهر المودة، وفاشلة إذا أظهرها. ومثل هذه الأنماط من السلوك الاجتماعي تعد الطفل لكي يسلك على نحو فصامي في مرحلة الرشد. وتحدث الانهيارات الفصامية غالبا في المراهقة المتأخرة، بعد استعداد للفشل (من مصدر وراثي واجتماعي،) في علاج المشكلات المتعلقة بالمدرسة أو العمل. وبهذا البناء الضعيف الهش يتكون الأسلوب الفصامي لمواجهة إحباطات الحياة في شكل الانسحاب من مصادر القلق إلى عالم ضيق تسوده الخيالات والإشباعات الفصامية البديلة عن الأساليب الجيدة والواضحة.

أما الاكتئاب فيحدث عندما يكون الوالدان من ذوي الضمير القوي الصارم، يتجهون للوم النفس الشديد عند حدوث أشياء خاطئة. وتتضمن أسر المصابين بالبارانويا (هواجس العظمة والاضطهاد) هذا النوع الأصم من الآباء والأمهات الذين يفتقرون للغة التواصل الاجتماعي والحساسية للآخرين، والذين لا يشجعون أبناءهم على مواجهة الواقع بطريقة إنسانية سليمة بسبب افتقارهم لذلك أو بسبب التدليل الشديد لهؤلاء الأبناء. ويبدو أن المعتقدات الثابتة التي يتبناها المصاب بهواجس البارانويا فيما

بعد تكون في الأصل تبريرا للتضخم في إدراك الذات، ويزداد رسوخ هذه المعتقدات والهواجس عندما يتعرض هؤلاء المرضى لأزمات فشل بحيث تبدو تلك الأزمات عديمة الأذى وضعيفة التأثير إزاء الهواجس وأفكار العظمة القوية.

جـ- وتعجل الأزمات البيئية بظهور الاضطرابات. ولو أن بعض الأزمات البيئية القوية تكفي وحدها لظهور الاضطرابات السلوكية كما يحدث في معسكرات الاعتقال. ولكن الاضطرابات التي تستثيرها تلك الأزمات لا تكون دائمة في الشخصية.

ويتحدد شكل الاضطراب السلوكي بطبيعة الأزمات البيئية. فأنواع الانهيارات التي تحدث أثناء الخدمة العسكرية، تختلف عن أزمات الامتحانات الدراسية. وتعتبر حالات الوفاة أو الطلاق أو الهجرة أو الحروب مصدرا من مصادر الاضطراب النفسي. ففي الحرب العالمية الثانية تحول ثلاثة أرباع مليون جندي أمريكي إلى مرضى لأسباب نفسية. أما معسكرات الاعتقال فهي أيضا مصدر خصيب للاضطرابات السلوكية. ففي معسكرات الاعتقال النازية يسجل لنا «بتلهايم» أن كل المعتقلين تقريبا تعرضوا لاضطرابات نفسية بشكل أو بآخر بدءا من حالات النفاق والكذب وانتهاء بالانهيارات الشبيهة بالذهان كالاكتئاب والسلوك الفصامي. وتكون العزلة الاجتماعية، وضعف حجم الاتصالات الاجتماعية والهجرة تكون سببا للاضطراب السلوكي، ونتيجة له في نفس الوقت. فنسبة الفصام بين العزاب تبلغ أربعة أضعاف نسبتها بين المتزوجين، وتصل بين الأرامل إلى النصف. وبينما نجد أن كل الاضطرابات السلوكية تصاحبها عزلة اجتماعية، فان نسبة العزلة تزداد لدى الفصاميين والحالات الانتحارية. وغالبا ما يعتبر ظهور العزلة الاجتماعية علامة على أن الاضطراب يزداد لدى الشخص. لهذا فان تقوية الروابط الاجتماعية، وتشجيع الانتماء يعتبران من وسائل علاج كثير من الاضطرابات النفسية في الوقت الراهن.

وتحدد الشخصية شكل الاستجابة بالاضطراب السلوكي الشديد للأزمات البيئية. فقد يتعرض شخصان لخطر (كالاعتقال) لكن أحدهما يستجيب لها بالاضطراب والانهيار بينما تكون استجابة الشخص الآخر مختلفة عن ذلك. وقد يترجم النجاح المتوسط أو العادي إلى فشل ذريع عند

بعض الأشخاص نتيجة لأنهم يضعون مستوى مرتفعا من الطموح، أو الخوف من الفشل. وتساعد الخبرات الطفلية المبكرة للشخص في رسم استجاباته في مواقف الأزمة، فقد يستجيب الشخص بالقلق الشديد لنقد من رئيسه في العمل بسبب خبرات طفولية سيئة بالعلاقة بالأبوين أو بالمدرسين أو بمن يمثلهم من نماذج السلطة. فالأشخاص عندما يتعرضون لموقف واحد أو أزمة يستجيبون بدرجات مختلفة من الاضطراب، أو بأنواع مختلفة منه. وكل هذا يدل على أن جزءا من الاضطراب لا تسببه الأزمات البيئية-الاجتماعية بقدر ما تسببه طريقة إدراكنا وإحساسنا النفسي بها.

ومن المشكلات المتعلقة بتأثير البيئة الاجتماعية أن ذوي الاستعداد النفسي السريع للانهيار، غالبا ما يستجيبون اكثر من غيرهم بالاضطراب لأزمات الحياة كالعزلة، أو الطلاق. فهل يكون الانهيار نتيجة لهذه الأزمات ؟ أم أن الفرد بسبب استعداداته للانهيار وبنائه الهش يدرك هذه المواقف، ويراها على أنها مثيرة للاضطراب بينما هي ليست كذلك ؟ وتتطلب إجابة هذه الأسئلة توضيح ما يسمى بمفهوم الحلقة المفرغة في تفسير الاضطرابات النفسية. خذ مثلا حالة الزوجة (أو الزوج) السلبي الذي يشكو من عدوانية وتهجم القرين.. فهل سلبية الأول تشجع على إثارة عدوان الثاني؟ أم أن عدوان الثاني هو الذي يشكل سلبية الطرف الأول وانسحابه؟ وبالرغم من أن إجابة هذا السؤال لم تتحدد بعد في مجال البحث العلمي، فان هناك ما يشبه الاتفاق على وجود حلقة مفرغة في تفسير أي اضطراب نفسي، وممارس العلاج النفسي غالبا ما يبدأ بتشجيع كسر هذه الحلقة المفرغة من أي زاوية ممكنة، فهو قد يشجع المريض على اتخاذ موقف إيجابي وواثق دون النظر إلى عدوانية الطرف الآخر، على أمل أن هذا سيخلق حلقة أخرى من التغيير البناء: (ظهور السلوك الإيجابي سيوقف عدوانية الطرف الآخر.. وتوقف العدوانية يؤدي إلى مزيد من تدعيم السلوك الإيجابي والبعد عن السلبية.. الخ)[*4]. وتأثير العزلة الاجتماعية (كالهجرة، والعزوبية، والطلاق) على ظهور المرض العقلي يثير حلقة مفرغة من هذا النوع. فهل العزلة هي التي تؤدي إلى ذلك أم أن المضطربين نفسيا غالبا ما ينتهون إلى العزلة بسبب إثارتهم للاشمئزاز والنفور في الآخرين، واتخاذهم لقرارات خرقاء المرجح فيما أوضحنا من

قبل أن العزلة الاجتماعية تكون سببا للاضطراب العقلي ونتيجة له في نفس الوقت.

الخلاصة

يعبر الاضطراب النفسي والعقلي عن مفهوم لجانب من السلوك يتعارض مع ما نطلق عليه سلوكا سليما، أو عاديا أو ناضجا. والاضطراب أو المرض النفسي لا يحقق الرضا والتقبل للشخص أو لمن حوله أو لكيلهما معا. ويؤدي المرض النفسي إلى إثارة اضطرابات شاملة في سلوك الإنسان قد تشمل حالته الانفعالية، أو تفكيره، أو سلوكه الاجتماعي، أو وظائفه العضوية والجسمية، أو كل هذه الأشياء مجتمعة في وقت واحد. وإذا غلب الاضطراب على الناحية الانفعالية والوجدانية كان هناك ما يسمى بالاضطرابات العصابية كالقلق والهستيريا والمخاوف المرضية والاكتئاب، وإذا كان مصدر الشذوذ اضطرابا في التفكير تكون ما يسمى بالمرض العقلي (الذهاني) بأشكاله المختلفة من فصام، وهوس، وبارانويا. وتنشأ الجريمة والجناح (الانحرافات السيكوباثية) بسبب اضطراب السلوك الاجتماعي. وتعتبر الأمراض السيكوسوماتية كالارتفاع في ضغط الدم، والربو، والقرحة علامة على أن الاضطراب النفسي يؤثر في الوظائف العضوية والبدنية للإنسان. وفي كل نوع من أنواع هذه الاضطرابات، يشمل الاضطراب الوظائف الأخرى. فالاضطراب في حالة القلق مثلا يصيب الجوانب الوجدانية، والجسمية، والسلوكية، والعقلية.. ولو أن مصدر الاضطراب هو الوجدان أساسا.

وتشكل الأمراض النفسية بؤرة لمشكلات اجتماعية وعقلية أخرى تعاني منها المجتمعات المتقدمة الغربية والاشتراكية ودول العالم الثالث على السواء. وقد بينا بالاعتماد على نتائج البحوث المسحية والدراسات التجريبية مدى انتشار الاضطرابات العقلية في العالم العربي والغربي. وتحدث الاضطرابات النفسية بسبب التقاء الوراثة، والأساليب الخاطئة في التنشئة فضلا عن الضغوط والأزمات البيئية. وقد أوضحنا كيف يتم الالتقاء بين هذه العناصر الثلاثة. والتقاء هذه العناصر يرسم دون شك خطط العلاج الفعال لتلك المشكلات.. كما يمنحنا البصيرة بالسبل والأشكال التي يجب أن تتطور نحوها أساليب العلاج وهذا هو موضوع الفصل القادم.

مراجع وتعليقات

(1) هانز أيزنك، الحقيقة والوهم في علم النفس، ترجمة قدري حفني ورؤوف نظمي، القاهرة: دار المعارف، 1969.

(2) عبد الستار إبراهيم، السلوك الإنساني بين النظرة العلمية والنظرة الدارجة، في كتاب: السلوك الإنساني: نظرة علمية، تأليف عبد الستار إبراهيم، ومحمد فرغلي فراج وسلوى الملا، القاهرة: دار الكتب الجامعية، 1977.

ويوضح الفصلان الأولان من هذا الكتاب بعض النقاط المتعلقة بالتعريف السيكولوجي العلمي للظواهر.

(3) للمزيد من الفروق بين العصاب والذهان انظر:

Hans Eysenck.' You and neurosis. Britain, Glasgow: William, Collins Sons, 1978.

أنظر بشكل خاص الفصل الأول من هذا الكتاب الذي يخصصه المؤلف لأنواع المرض النفسي العصابي.. وما يميز الذهاني (المريض العقلي) عن العصابي.. ويتبنى المؤلف وجهة نظر مخالفة لوجهة نظر الطب النفسي التقليدية التي ترى أن الذهان درجة أقسى من العصاب.. أي أن الفرق بينهما فرق في الدرجة. غير أن المؤلف يعرض لوجهة نظر ترى بأنهما نوعان مختلفان من الأمراض.

(4) انظر:

Milton Rokeach. The three Christs of Ypsilanti New York: Alfred Knopf, 1964.

(5) للمزيد من الأعراض المصاحبة للعصاب والذهان و أشكال الاضطرابات النفسية الأخرى انظر:

أ- أيزنك، الحقيقة والوهم في علم النفس، مرجع سبق ذكره في «1».

ب- شيلون كاشدان، علم نفس الشواذ، ترجمة احمد عبد العزيز سلامة ومراجعة محمد عثمان نجاتي، الكويت: دار القلم، 1977. انظر بشكل خاص الفصل الثاني من هذا الكتاب الخاص بمجموعات أعراض السلوك الشاذ.

(6) تبين دراسة حديثة أن المخاوف المرضية يمكن إرجاعها إلى سبعة موضوعات أو فئات رئيسية: 1- مخاوف من الحيوانات كالعناكب، والقطط.. الخ. 2- مخاوف من مشاهدة العداوة لدى الآخرين وذلك كالخوف من الأصوات المرتفعة، أو الخوف من الناس الغاضبين، أو الخوف من المشادات.. الخ. 3- الخوف من الموت والأذى كالخوف من الدم، والجروح والموتى ورائحة العقاقير، وحوادث السيارات.. وهناك أيضا 4- المخاوف ذات الشكل الأخلاقي، كالخوف من الانتحار، والعادة السرية والعذاب في الآخرة والجنس.. وهناك 5- الخوف من النقد الاجتماعي، كالخوف من التجاهل والنبذ، والنقد.. الخ 6- الخوف من الظلام وما يرتبط به من مخاوف أخرى كالخوف من الوحدة الوحدة أو الدخول إلى الأماكن المظلمة.. ثم هناك أخيرا 7- الخوف من الأماكن الخطرة مثل الخوف من المرتفعات ومن الأماكن المغلقة، والأماكن المزدحمة.. والأماكن الفسيحة.. الخ للمزيد من التفاصيل انظر: Eysenck. You And neurosis. Op. Cit. P .73 .

(7) للمزيد من القلق الوجودي انظر بالإنجليزية:

Salvator Maddi. The existential neurosis, In David Rosen -Hahn and Perry London) Eds. (. Theory and Research in ab, normal behavior. New York: Holt, Rinehart and Winston. 1969 (pp, 222-239)

(8) هناك أيضا انحرافات يطلق عليها انحرافات «ذوي الياقات البيضاء»... وهي تشيع في أفراد من الطبقات المتوسطة والعليا وتتمثل في الهروب من دفع الضرائب، ومتطلبات الإنفاق الزائف، والمخاوف في مجال العمل كالاختلاسات وغيرها، انظر: الفصل الخامس عن الجريمة والجناح من كتاب ميشيل ارجايل، علم النفس ومشكلات الحياة الاجتماعية، ترجمة عبد الستار إبراهيم، الكويت: دار القلم، 1978 (الطبعة الثانية).

(9) انظر ميشيل ارجايل، المرجع السابق، الفصل السادس. الصحة النفسية والاضطراب العقلي، ص 117- 118.

(10) انظر:

Abdul Sattar Ibrahim Extroversion and neuroticism across cultures. Psychological Reports,1979, 44, 709-803

(11) انظر:

محمد احمد غالي، دراسة مقارنة لبعض أبعاد الشخصية باستعمال مقياس أيزنك في البيئة الكويتية، الكويت مطبعة حكومة الكويت، 1975.

(12) عزت حجازي، الشباب العربي والمشكلات التي يواجهها، الكويت عالم المعرفة، 1978.

(13) كاشدان، علم نفس الشواذ، مرجع سبق ذكره.

(14) لمن يود أن يستبصر بتأثير أساليب تنشئة للأطفال على سلوكهم عندما يتحولون إلى بالغين انظر:

مصطفى أحمد تركي، الرعاية الوالدية وعلاقتها بشخصية الأبناء: دراسة تجريبية على طلبة جامعة الكويت، القاهرة: دار النهضة العربية1974.

الحواشي

(*) الأرقام بين الأقواس تشير إلى أرقام المراجع في نهاية الفصل.

(*1) شلدون كاشدان، علم نفس الشواذ، ص 65 (مرجع رقم 5 في قائمة المراجع في آخر الفصل).

(*2) يهتم علماء النفس الأنثروبولوجي بدراسة السلوك البشري في المجتمعات والحضارات المختلفة دراسة مقارنة.

(*3) يجنح بعض الآباء والأمهات إلى إظهار النفور والعقاب للابن باسم المحبة أحيانا وهذا نموذج آخر للوسائل المزدوجة.

(*4) قد يبدأ العلاج أيضا من الشخص العدواني نفسه بان نطلب منه التقليل من عدائه.

2 لمحة على أساليب العلاج الحديثة

أ- قررت أخيرا، وبعد تردد طويل، أن تذهب للطبيب النفسي وهي في حالة حادة من القلق والخوف، والاكتئاب المتزايد يوما بعد يوم.

وتبلورت شكواها عند الطبيب في وجود حالة خوف مرضي (فوبيا) من الأماكن المغلقة والضيقة. إذ يصيبها في مثل هذه الأماكن رعب وجزع وتوشك على الإغماء، وتهن أعصابها هونا شديدا. وقد أدى خوفها من الأماكن الضيقة إلى الامتناع نهائيا عن أشياء ضرورية وترفيهية كركوب المواصلات، والذهاب للسينما، أو الدخول إلى الأكشاك لعمل التليفونات الضرورية. وامتنعت حتى عن القيام بالواجبات الحيوية التي تتطلب منها الدخول إلى حمام المنزل.

ب- نعتته زوجته ذات صباح ببعض الألفاظ النابية. وبالرغم من أن مشاعره قد جرحت بشدة إلا أنه خرج إلى عمله دون أن يتلفظ ببنت شفة. وفي العمل فوجئ برئيسه ينتقده بحدة على خطأ ارتكبه واحد من زملائه. ومرة أخرى وقف صامتا دون أن يدافع عن نفسه ومبتلعا الإهانة بحنق مكتوم.

وفي نفس اليوم طلب من أحد مرؤوسيه الصغار إعداد مذكرة مطلوبة من مدير المصلحة، فرفض الموظف أداء العمل بطريقة لم تخل من عدم الذوق والاستهانة. وللمرة الثالثة لم يقم مريضنا بأي إجراء ملائم نحو هذا التصرف. وعندما عاد للمنزل في نهاية اليوم فوجئ بأن طفله الصغير قد أحدث عطبا في جهاز تسجيله نتيجة للعب به. هنا انفجر بالغضب على ابنه، وعاقبه عقابا لا يتلاءم مع تفاهة الحادث. غير أنه لم يشعر بالراحة بعد ذلك، بل تملكته مشاعر بالذنب.. واصطبغ ذلك بإحساس بأنه إنسان تافه وعديم الفاعلية، وعاجز عن أن يحكم حياته بإيجابية ملائمة. ولهذا السبب انتهز أول فرصة ملائمة لزيارة معالج نفسي يبثه شكواه، وطالبا منه النصيحة والشفاء.

جـ- أصابه اثر اتصال جنسي غير مشروع خوف مرضي حاد من بوله. وقد تبلور ذلك في الخوف من تلويث الآخرين، وبث العدوى بينهم من خلال ما يتبوله. وتحول هذا الخوف إلى أداء وساوس وطقوس قهرية(*). إذ أخذ يقضي ما يقرب من خمس وأربعين دقيقة في تنظيف أعضائه بعد كل مرة يتبول فيها يتلوها ما يقرب من ساعتين يقضيها بعد ذلك في غسل يده وتنظيفها. فضلا عن هذا فقد تطورت لديه طقوس حوازية أخرى ارتبطت بهذه الأعراض. ففي كل صباح يأخذ حماما يستغرق منه أربع ساعات تقريبا. وقد بث لمعالجه انه قرر بعد ذلك أن يقضي أغلب وقته في مخدعه إذ أن «اليقظة لا تساوي المتاعب التي يتعرض لها أثناءها بسبب تلك الطقوس».

د- اصطحبت ابنها الذي يبلغ الثامنة للمعالج موضحة انه كان يبدي نموا لغويا عاديا إلى أن بدأ يذهب للمدرسة في السادسة من عمره. وعندئذ تدهورت قدرته على الكلام، وأصبح الآن كالأخرس تقريبا. وبسبب هذا تأخر نقله من مرحلة دراسية إلى أخرى.. وقد سبب له هذا ولوالديه كثيرا من التعاسة والآلام.

تمثل الحالات الأربع السابقة نماذج لاضطرابات تواجه الناس وتتطلب منهم الاستعانة بالخبراء النفسيين لكي يساعدوهم على تحريرهم من العجز والشقاء الذي تسببه لهم هزه الأعراض، وتطورها.

فماذا لو أن كل حالة من هذه الحالات جاءت للطبيب النفسي منذ

عشرين عاما أو يزيد ؟.

لربما كان الطبيب النفسي، تحت تأثير شيوع أفكار مدرسة فرويد في التحليل النفسي آنذاك، سيطلب من مريضه أو مريضته الاستلقاء على أريكة التحليل النفسي ثلاث أو أربع مرات كل أسبوع لمدة تتراوح بين ثلاثة أو خمسة أعوام. وينتهي العلاج في النهاية، وبعد تتبع، أو استقصاء شامل لكل ظروف الحياة المحيطة بالحالة منذ الطفولة المبكرة.

وربما يكتشف المعالج في النهاية أن هذه الأعراض التي دفعت بالمريض إلى الذهاب للمعالج ليست هي المشكلة الحقيقية بل ترجع أساسا إلى عقدة تمتد بجذورها إلى فترة الطفولة نتيجة علاقة مرضية بأم مستبدة، أو أب غير مكترث، أو قد يكتشف أن مشكلة المريض بالحقيقة تعود إلى شعور بالنقص بسبب مشكلة أوديبية أي بسبب كراهية لا شعورية قديمة لأب مسيطر، كان يقمع تعبيره عن مشاعره (ي المريض) محولا إياه إلى إنسان جبان وعاجز عن التعبير عن مشاعره عندما يتطلب منه الأمر ذلك. ولن يعجز عن أن يكتشف أشياء من هذا القبيل في حالة الشاب الحوازي أو الطفل الأخرس[1].

أما الآن فان هناك أساليب جديدة للعلاج السلوكي يمكن أن تساعد على شفاء كل حالة من الحالات السابقة في فترة اقل، وبقليل من النفقات، ودون الاستلقاء على أريكة أو دخول في ذكريات الطفولة، واستقصاء اللاشعور.

والحقيقة أن الانتقال من أساليب فرويد الكلاسيكية إلى الأساليب الحديثة في العلاج النفسي يعتبر في نظر الكثيرين من العلماء نقطة تحول خطيرة. بل أن بعضهم يعتبره ثورة حقيقية في أساليب العلاج النفسي، عملت على تحرير طاقاته (أي العلاج) من عقم قاتل. يقول معالج نفسي من كاليفورنيا : «أن التحليل النفسي قد مات فعلا، ولم تعد تلك هي المشكلة، إنما المشكلة أن - نواجه حياتنا بمفاهيم متحررة وجديدة ومستقلة تماما عن علم قد حوطته الأكفان». وفي أحسن الأحوال نجد ا أن المعالجين النفسيين المعتدلين ينظرون إلى التحليل كأداة من أدوات عدة يمكن للمعالج النفسي أن يتسلح بها في مواجهته للمرض.

وتسمى الأساليب الجديدة في العلاج النفسي بأسماء مختلفة منها :

العلاج السلوكي، وعلاج الواقع، والعلاج المنطقي، والعلاج التشريطي، وتحقيق الإنسان لذاته، وتدريب الحساسية.. الخ. وبالرغم من أن بعض هذه الأساليب تستخدم بعض طرق التحليل النفسي خاصة لاكتشاف بداية تكون المرض أو الاضطراب إلا أنها تختلف جذريا في نقاط أساسية سنتعرض لها بعد قليل، وبعد أن نعرض للقارئ الأسس التي تقوم عليها النظرية الفرويدية في العلاج، حتى يزداد استبصارنا بقيمة الأساليب الحديثة.

التحليل النفسي باختصار هو المدرسة التي تدين لمنشئها فرويد بكثير من الأفكار والنظريات التي طبقت بمهارة في مجالات الحياة المختلفة كالفن والسياسة، والأمراض النفسية وغيرها. ويهمنا من هذه النظرية في هذه المجالات أن نشير باختصار إلى وجهة نظرها فيما يتعلق بالمرض النفسي. ينظر فرويد باختصار إلى المرض النفسي على أنه حصيلة لعدد من العقد النفسية التي تكونت في الفترات المبكرة من حياة الإنسان. بعبارة أخرى فان الأعراض النفسية المضطربة ترتبط بذكريات لخبرات جنسية وصدمية مبكرة - ذكريات وان كانت قد صارت لا شعورية إلا أنها لا تزال مع ذلك ذات تأثير فعال في حياة المريض. وتصبح الخبرات الأليمة المبكرة لاشعورية بعد ما يحدث لها من كبت بسبب طابعها الجنسي. ولذلك فالعلاج ينحصر إلى حد كبير في الكشف عن الذكريات اللاشعورية المبكرة ليتمكن المريض من أن يعبر عن الانفعال الشديد المرتبط بالصدمة. ويتم الكشف عن الذكريات اللاشعورية من خلال الاستلقاء على أريكة التحليل في عملية تداع حر، وهو أسلوب يتطلب من المريض أن يتحدث عن كل شيء بذهنه مهما بدا هذا الشيء تافها أو لامنطقيا.

ومن خلاله يتم الكشف عن العمليات اللاشعورية المبكرة الكامنة وراء المرض وبالتالي يتم التوصل للاستبصار بالمرض ثم علاج الأعراض تلقائيا. أي أن المحلل النفسي:

1- لا يهتم بالأعراض المرضية التي يذهب بها المريض بل يعتقد أن هذه الأعراض تعبر عن مشكلات أخرى أعمق هي التي يجب أن يتجه إليها العلاج.

2- يعتقد أن المرض النفسي أحياء من خلال الأعراض لذكريات لاشعورية حقيقية في أعماق الذهن.

3- يؤمن بان جذور المشكلة لا تمتد للان ولكن للماضي.. لخبرات الطفولة والعلاقة المبكرة بالوالدين في السنوات الخمس الأولى من العمر.

4- أما ماذا يحدث في أثناء الطفولة فالأمر - في ضوء نظرية التحليل النفسي - أكثر تعقيدا من أن نلخصه في هذا الفصل. ذلك لان المحللين أنفسهم لم يتفقوا على طبيعة الإحباطات التي يواجهها الشخص في حياته مبكرا، ولا على طبيعة التفاعلات الشديدة بين الشخص ووالديه. وفي أحوال كثيرة كان المحللون النفسيون يجنحون نحو تأملات نظرية تختلف من محلل إلى آخر. غير أن المحللين النفسيين استعملوا كثيرا مفاهيم مثل عقدة أوديب، واختلافاتهم بالنسبة لهذا المفهوم اقل بكثير من اختلافاتهم عن غيرها. وقليل جدا من القراء هم الذين لم يسمعوا أو يقرؤوا عن مفهوم عقدة أوديب، والتي تعود في جذورها لأسطورة يونانية استخدمها فرويد لبسط آرائه المختلفة في التحليل النفسي. وبمؤدى هذه العقدة يعتقد فرويد أن كل صغير يمر بفترة يقع خلالها في حب أمه، والرغبة فيها جنسيا، غير انه يقمع ويكبت هذه الرغبة لخوفه من أبيه الذي يصبح منذ الآن مصدرا لكراهية الابن وغيرته. وتكون الأعراض العصابية التي يواجهها الشخص فيما بعد مثل المخاوف المرضية، أو الخوف من مصادر السلطة، أو التعلق بمن هن كبيرات في السن.. الخ.-تعبيرا لاشعوريا عن تلك العقدة التي حدثت من قبل.

ربما تكون هذه العناصر الرئيسية التي تمثل هيكل نظرية فرويد في الأمراض وعلاجها. وربما قيل دفاعا عن نظرية التحليل النفسي بان هذا العرض لا يوضح كل جوانب النظرية. وهذا صحيح، لان هناك تفاصيل أخرى شيقة في نظرية التحليل النفسي غير أنها لا تعتبر من الأفكار الجوهرية كتلك التي ذكرناها ملخصة. ومن ناحية أخرى فإننا سنحاول تجنب كثير من الأفكار النظرية في عرضنا هذا، إلا ما كان منها مستخدما بالفعل في الممارسة العملية المفيدة للعلاج.

وأيا كان الأمر، فان فاعلية نظرية التحليل النفسي قد بدأت تضعف فيما أشرنا. وهناك أسباب كثيرة لذلك: منها أن التحليل النفسي يترك كثيرا من الأرواح معلقة في لحظة توازن طويل المدى. لكن الحياة تتحرك بشكل أسرع بكثير من هذا التوازن التحليلي. لنفرض أن شخصا جاء يشكو

من الضعف الجنسي الذي حوله لشخص مكتئب تنتابه كثير من المخاوف في فاعليته وفي صورته عن ذاته، وطلبنا منه - بدلا من أن نقدم علاجا فعالا لضعفه الجنسي - أن يستلقي على أريكة يقص تاريخه، ويحكي مشكلاته القديمة والحديثة. فما الذي يجنيه هذا الشخص من هذا ؟ أننا لا يمكن أن نتصور أن نكون بهذا الأسلوب دعاة الشفاء الحقيقي له من ضعفه.

وما الذي سيحدث لعلاقته بزوجته طوال هذه الفترة ؟ وماذا عن صديقات الزوجة والأخريات اللواتي تقابلهن بسبب تعاستها الزوجية ؟. وأكثر من هذا فما الذي يحدث بعد جلسات مقدارها ألف ساعة على الأقل من التحليل والاستلقاء على أريكة التداعي الحر ؟ انه قد يستمر في ضعفه الجنسي لنفس الأسباب القديمة. وماذا لو اكتشف المعالج أنه يعاني من عقدة أوديبية هي التي تكف رغبته الجنسية في الزوجة (فيراها على أنها رمز للام). أننا بعد هذه السنوات الطويلة لا نستطيع تغيير بناء علاقته بالأم بعد مرور 30 أو40 عاما. فلم المحاولة ؟. أن حركة الحياة إذن أسرع من أن يكون مصير الإنسان مرتبطا بمجموعة من الأفكار النظرية التي تخالفها في أحيان كثيرة شواهد الواقع.

ويرى آخرون أن التطور والانتقال من آراء فرويد إلى الأساليب الحديثة في العلاج يرجع جزئيا إلى اشتعال الحرب العالمية الثانية. فقد وجد المعالجون أنفسهم مرغمين على ابتكار وسائل سريعة، وبسيطة تساعد على اقتصاد الجهد والوقت لحل مشكلات المجندين والمواطنين الذين كانت تلقي بهم الحرب ومخاوفها في حالات انهيار عصبي بأعداد متزايدة. فمنذ الحرب العالمية الثانية أصبحت التيارات الحديثة في العلاج النفسي والسلوكي تمثل قوة حقيقية في مواجهة الأساليب الفرويدية التقليدية. وأمكنها بالفعل أن تقدم مساهمات فعالة في علاج الكثير من المشكلات والأمراض التي تغطي مجالات مختلفة من الاضطرابات كحالات القلق، والاكتئاب والشعور بالوحدة، والبرود الجنسي، والعجز الجنسي، والمخاوف المرضية، وغيرها من اضطرابات يلاحظها القارئ كلما تقدم في قراءة فصول هذا الكتاب. وباختصار فقد أصبحت لدينا الآن وسائل علاجية متعددة لمواجهة كثير من الاضطرابات النفسية التي كان يبدو أن الأسلوب الوحيد الذي ينجح فيها هو أسلوب التحليل النفسي، أو إعطاء مجموعة

من العقاقير المهدئة.

وربما يوجد أيضا عامل آخر ساعد على تطور حركة العلاج النفسي، وانتقالها إلى قنوات جديدة، هو التطور الثقافي والعلمي للمعالجين النفسيين أنفسهم، وتطور نظريات علم النفس الحديث.

إذ يبدو أن تطور نظرية التعلم بتركيزها على التفكير العلمي واستخدام المنهج العلمي والدراسة التجريبية قد أدى إلى تراكم بعض الحقائق التي تلائم الواقع. وبهذا وجد المعالجون منطلقا اكثر أمانا يساعدهم على مواجهة المشكلات المرضية وحلها في قليل من الوقت، وبقلة في النفقات، وقلة في الجهد المبذول في عملية العلاج مع الفاعلية في ذلك.

وربما يكون التغير في الثورة الحديثة على تقاليد التعبير الجنسي التي أخذت تجتاح المجتمعات الغربية هو المسؤول عن انحسار تأثير أفكار فرويد. فالتأكيد الفرويدي على اللاشعور الجنسي كحجر الزاوية في الكثير من المشكلات الإنسانية، كان مفيدا عند أول ظهوره. وكان موضوعا له إغراؤه وله قيمته في شد الانتباه خاصة إذا قدم ذلك بطريقة فرويد الأدبية المثيرة. فقد كان المجتمع البرجوازي الذي عاش فيه فرويد يعمل على قمع كل ما يختص بالثقافة الجنسية أو النقاش العلني فيها. لقد كان الجنس سرا غامضا من أسرار المجتمع. وكان لغزا وزادته ألغازا عمليات القمع الأخلاقية والاجتماعية. وعلى هذا فإذا كانت تظهر مشكلة في حياة فرد ما، فقد كان يسهل دمجها في عملية أخرى ذات استسرار غامض وهي الجنس. فالفرد يشعر بالوحدة، أو الغضب، أو الاندفاع، أو الاكتئاب والسبب غامض - وإذن فالسبب مشكلة جنسية عميقة الجذور. وقد جاء «فرويد» في هذا المناخ الاجتماعي يناقش الجنس ومشكلاته بطريقة مباشرة ومثيرة للتحدي. وبهذا أصبح من الطبيعي أن يكون الانجذاب لكتابات فرويد وأفكاره مظهرا من مظاهر التغير والثورية على قيم بالية.

أما الآن فلم تعد أسرار الجنس خافية. ولم تعد نظرة الناس إليه نفس النظرة التي يحوطها الغموض

. ولم يعد أسيرا لدى الناس - سواء كانوا معالجين أو طالبين للعلاج - أن يفسروا مشكلات البشر ذات الجذور الغامضة في ضوء شيء لم يعد بعد غامضا.

ما تتميز به الأساليب الحديثة من العلاج:

وتختلف الأساليب الحديثة عن التحليل النفسي في أنها تهتم بشكل الأعراض بصورتها الراهنة وكما يعاني منها الشخص. فالمعالج لا يبحث عن الخوف المرضي في ذكريات الطفولة وعالم اللاشعور، ولا يعالج الخوف من خلال تصور أن الخوف نتيجة لمشكلة أعمق. انه يعالج الخوف نفسه كما يشكو منه مريضه. فهو يعتقد أن علاج الخوف سيؤدي بعد ذلك إلى تغيير الشخصية وليس العكس[*1]. فالشخص بعد أن يتغلب على مخاوفه سيتسع نطاق الصحة النفسية أمامه، سيكتسب ثقته بنفسه، وستتغير أفكاره اللامنطقية عن طبيعة أعراضه.

والأساليب التي يستخدمونها لذلك مباشرة، وتركز على الشكوى، أو العرض في اللحظة الراهنة. هذا - وهنا - والآن: ذلك هو المنطلق الأساسي لنظريات العلاج الحديثة. فهي إذن تركز على هذا العرض، أو الشكوى المباشرة (خوف - اكتئاب - قلق)، كما يحدث (هنا) في هذا الموقف أو ذاك بشكل خاص (خوف من أماكن مغلقة، خوف من أماكن متسعة، قلق من الجنس الآخر، قلق امتحانات، قلق مع الرؤساء.. الخ) وكما تحدده النتائج المباشرة للعرض في البيئة (الآن) وليس بالرجوع للشهور والسنوات المبكرة من العمر[2*].

لنتناول على سبيل المثال حالة السيدة التي تخاف من الأماكن المغلقة التي بدأنا بها هذا الفصل. فقد يستخدم المعالج الحديث بعض أساليب التحليل النفسي لا ليعرف ما وراء العرض، ولكن لكي يكتشف بداية تكون المرض (الفوبيا) ثم قد يقوم بتشجيع المريضة على نواحي ضعفها. ولكنه بجانب هذا قد يعرض المريضة تدريجيا، لاماكن مغلقة تبدأ أولا بالأماكن التي لا تستشير إلا قدرا قليلا من الخوف (كمنازل الأقارب والأصدقاء) ثم الانتقال بها بنفس التدريج إلى الأماكن التي تستثير القدر الأكبر من الخوف والجزع. وبالطبع لا يتم ذلك ما بين يوم أو ليلة، وإنما على مدار فترة العلاج[3*]. حتى يرسخ الاطمئنان في المواقف الأقل استثارة للقلق حتى الوصول لأكثرها استثارة له.

ففي حالة هذه السيدة إذن يكون الاهتمام هو الخوف المرضي ذاته وليس ما وراءه من صراعات لاشعورية محبوسة منذ الفترات المبكرة من

العمر. ويتجه العلاج مباشرة نحو هذا الخوف وليس علاجه بطريقة غير مباشرة بتغيير الشخصية ككل كما يصر الفرويديون على ذلك.

وتختلف الأسس النظرية التي ينطلق منها المعالجون المعاصرون.. فهي عند البعض تكون نابعة من أفكار نظرية التعلم كما أثرتها عبقرية العالم الروسي الفذ «بافلوف»، ثم واطسون فيما المعالج يميز بين الشكوى الثانوية والمشكلة الرئيسية ولكن بمفاهيم وتصورات مختلفة عن التحليل النفسي. كما أن بعد، وعند البعض الآخر يكون المنطلق النظري نابعا من نظريات العالم الأمريكي المعاصر سكينر. وقد يكون المنطلق من نظريات الشخصية، أو نظريات التفكير.. الخ. ومع أن الأسس النظرية فيما يبدو تشكل موضوعا مثيرا للجدل بين المعالجين النفسيين هذه الأيام، فان اهتمامنا في هذا الكتاب غير موجه إلا في القليل نحو الأسس النظرية.. قد نتعرض لهذه النظرية أو تلك ولكن لكي نضع إصبع القارئ على العوامل التي تجعل من أسلوب معين صاحب فاعلية أكبر من أسلوب آخر.

فضلا عن هذا فان هناك ما يدل على أن الفرق بين معالج ناجح وأخر أقل نجاحا لا تكمن في المنطلق النظري لكل منهم بقدر ما يتوقف النجاح على عوامل أخرى كثقة المعالج بنفسه، وانخفاض مستوى قلقه وقدرته على ابتكار طرق تدفع مرضاه للتحسن والعلاج، وتكوين علاقات دافئة بهم[2].

تنوع الأساليب العلاجية بحسب تنوع آثار الاضطراب على الشخصية

وبالرغم من تركيز المعالج الحديث على شفاء الأعراض المباشرة فان هذا لا يعني أنهم ينظرون للمرض النفسي نظرة تجرده من طبيعته المعقدة والمركبة. ولا نبالغ إن قلنا بان كل المعالجين الآن، بما فيهم المعالجون السلوكيون، يعلمون أن الاضطراب النفسي عندما يحدث يؤثر في مختلف جوانب الشخصية وهذا ما يجعله ذا طبيعة مركبة. وحتى لو لم يصرح المعالج أحيانا بهذا في كتاباته (بسبب منطلقاته النظرية)، فانه في الممارسة العملية لا يغفل عن تلك الطبيعة المركبة للاضطراب النفسي، وتكون محاولاته متجهة لهذا نحو إحداث التغيير في الشخصية بأية طريقة ملائمة، وبأي مدخل مناسب.. وقد يستخدم في ذلك بعض الأساليب التي تمده بها

نظريات علاجية لا تتفق ظاهريا مع نظريته. ومن ناحيتنا نعتقد أن تصنيف مدارس العلاج النفسي إلى مدرسة سلوكية أو فرويدية قد لا يكون ملائما دائما. قد يكون الملائم هو تصنيف الأساليب العلاجية بحسب فاعليتها في إحداث آثار علاجية في هذا الجانب أو ذاك من الشخصية المضطربة. ولما كنا نعتقد بأن الاضطراب النفسي عندما يثور يكون متعدد الجوانب من حيث آثاره على الشخصية فيصيب بالاختلال: الوظائف الوجدانية، والسلوكية الظاهرة، وأساليب التفكير، وأساليب التفاعل الاجتماعي، فان تصنيف المناهج العلاجية بحسب فاعليتها وتركيزها على تعديل كل جانب من هذه الجوانب قد يكون أفضل. وعلى هذا فمن الممكن تصنيف الأساليب العلاجية إلى أساليب لتعديل الوجدان، وأساليب لتعديل السلوك، وأساليب تعديل التفكير فضلا عن أساليب تعديل أساليب التفاعل الاجتماعي.. وفيما يلي بعض التفاصيل.

ا- يتعلق الجانب الوجداني أو الانفعالي من الاضطراب بدرجة تعرض الشخص لرحمة عدد من الانفعالات السلبية بالنسبة لموضوع الاضطراب كالخوف من الأماكن المغلقة، أو القلق مع الجنس الآخر.. أو الخوف من نماذج السلطة.. الخ. ويعتبر أسلوب العلاج التدريجي الذي ستأتي الإشارة إليه في الفصل الثالث.. نموذجا للأساليب المستخدمة في تعديل الانفعالات والمشاعر السلبية. ويقوم العلاج التدريجي على أساس تعويد المريض على مواقف تتشابه مع الموقف الأصلي المثير للقلق. ويستخدم هذا الأسلوب لإزالة الحساسية المبالغ فيها نحو عدد من المخاوف المرضية النوعية. وتتم إزالة الحساسية المبالغ فيها (الجانب الوجداني - من الاضطراب) باستبدال استجابات الخوف والقلق نحو هذه المواقف باستجابات تنفي تلك المشاعر السلبية وتعارضها. ولتيسير نجاح العلاج يستخدم الاسترخاء العضلي العميق (الفصل الرابع) للتغلب على الاضطرابات الفسيولوجية (التوتر العضلي) المصاحبة للاحساسات والمشاعر المرضية. ومن الأساليب التي تنتمي لتعديل الوجدان أساليب تأكيد الذات، وتقوم على تشجيع الفرد وتيسير الظروف له لكي يعبر عن انفعالاته بحرية وبتلقائية ما عدا التعبير عن القلق والجوانب الوجدانية السلبية (الخوف والانسحاب.. الخ).

2- أما الجانب السلوكي للاضطراب فيتعلق بالتورط في سلوك ظاهر

كالإدمان، والعدوان، وتدمير الممتلكات، ويتفاوت السلوك الظاهري في التعبير عن الاضطراب من سلوك لفظي (كضعف معدل الكلام، أو البكم في حالة الطفل التي أشرنا إليها) إلى الاندماج في جوانب فعلية من السلوك المضطرب كإيقاع العدوان بالآخرين، أو الإدمان على المخدرات.. الخ. ويعتبر العلاج بالتنغير نموذجا لأنواع العلاج المستخدمة حاليا. ويقوم على أساس تقديم خبرات غير سارة بجوار السلوك الذي ترغب في التخلص منه أو علاجه، فمثلا يعالج الإدمان على الخمور بإعطاء المتعاطي عقاقير مسببة للغثيان بعد الشرب مباشرة وذلك كالابومورفين Apomorphine. ويعالج البوال اللاإرادي باستخدام ما يسمى بـ «سرير ماورر»[3] الذي صممه العالم النفسي الأمريكي Mourer. وهو سرير عادي يرقد عليه الطفل لكنه مصمم بحيث أن أي بلل فيه يؤدي إلى إغلاق دائرة كهربائية، تتصل بجرس كهربائي يرن بعنف فيوقظ الطفل قبل أن ينتهي من تبوله. وقد وجد أن كثيرا من الحالات قد عولجت بهذا الأسلوب وبلغت نسبة الشفاء ما يقرب من 90٪ من الحالات. وبالرغم من أن كثيرا من المعالجين يعارضون هذا النوع من العلاج ويصفونه بأنه علاج آلي وأعمى إلا أن فاعليته في بعض الحالات لا شك فيها. وهناك شكل آخر من العلاج الموجه نحو تعديل الجوانب السلوكية من الاضطراب، ويسمى بتعديل السلوك أو استخدام التدعيم. في هذا النوع من العلاج يتعلم الفرد الاستجابة التوافقية الجيدة عن طريق تدعيمها. وكذلك يمكن إيقاف الاضطرابات وتعديل الجوانب الشاذة من سلوكه (عدوان أو انسحاب.. الخ). عن طريق التوقف عن التدعيمات التي تقدمها البيئة (بشكل مقصود أو غير مقصود) لهذا النوع من السلوك. وينجح الشخص في إيقاف السلوك السيئ إذا ما ألغيت الرابطة بين السلوك المضطرب ونتائجه في البيئة. وتعتمد هذه المجموعة من أساليب العلاج على بحوث سكينر Skinner. وسنعرض في الفصل السادس أسس التدعيم وكيفية إجرائه.

3- أما الجانب الفكري من الاضطراب فيشير ببساطة إلى مجموعة الأفكار والمعتقدات والحجج (وربما القيم التي يتبناها الشخص) نحو ذاته ونحو بيئته بحيث تؤدى في النهاية إلى إثارة الاضطراب، أو تأكيده. فقد يتبنى الشخص الانسحابي فلسفة تقوم على أن البعد عن الناس غنيمة،

وقد يتبنى الشخص الاعتمادي فلسفة تقوم على أن الإنسان محكوم بالحظ والبيئة والسلطة، فلم المحاولة ؟ وهو في ذلك يساعد على إبقاء أساليبه الشاذة في التوافق، ويبعد نفسه عن اختبار جوانب جيدة من السلوك الفعال والإيجابي. ويلعب الجانب المعرفي دورا كبيرا في الاضطرابات ذات المصدر الاجتماعي كالتعصب العنصري. فقد بينت البحوث أن المتعصبين يتبنون حججا نحو موضوعات تعصبهم لا تتناسب مع الواقع. من هذا أن البيض في أمريكا يتبنون اعتقادات عن السود بأنهم أشبه بالحيوانات، وانهم كسالى وعدوانيون.. ويقوي هذا من تعصبهم نحو الزنوج. وكذلك يتبنى السود المرتفعون في التعصب آراء سلبية عن البيض بتصور أن البيض ضعاف جنسيا ومتعصبون مما يوقعهم (أي السود) في ضروب من الإحراج والسلوك غير الملائم نحو النساء البيض.. الخ. وهناك بحث أيضا يدل على أن (الروس) يعتنقون صورة سلبية عن الأمريكيين، قريبة من نفس الصورة التي يعتنقها الأمريكيون عن الروس[4]. ويقوم العلاج من هذا النوع على التعديل من طريقة إدراك المواقف وأفكارنا عنها مع تحليلها وتفسيرها. ومن أكثر النماذج المعاصرة لهذا النوع من العلاج ما يسمى بأسلوب العلاج عن طريق الدفع المتعقل Rational-emotive therapy أو العلاج المنطقي الذي يدعو له العالم الأمريكي ألبرت أليس Ellis صاحب معهد العلاج المنطقي في نيويورك. وفي هذا النوع من العلاج يقوم المعالج باستبدال أفكار المريض غير المنطقية عن نفسه، وعن الآخرين بأفكار منطقية تتناسب مع الصحة النفسية. وقد توصل «أليس» إلى عدد من الأفكار التي تشيع بين العصابيين والذهانيين بينما لا تشيع بين الأسوياء.. وسنعرض لها في الفصل السابع كما سنعرض لأهم الطرق المستخدمة في التعديل من طرق التفكير اللامنطقية. وهناك أيضا أساليب تقوم على تبصير المريض عقليا بنتائج أفعاله وصراعاته. ولكن الأدلة على فاعلية الاستبصار في تغيير السلوك ضعيفة للأسف. فالاستبصار قد يزداد نتيجة للعلاج، ولكن وجوده قبل العلاج لا تؤدي لتغييره كثيرا. فكثيرا ما يشكو الشخص بأنه يفهم تماما الأسباب الأساسية لصعوباته، لكنه يعجز عن التخلص من الأعراض. وقد خصصنا الفصل السابع لهذا النوع من أساليب التعديل المعرفي.

ومن الأساليب التي تنتمي لهذه الفئة هذا النوع من العلاج الذي ينتهي

بأن يعيد الشخص النظر لنفسه بطريقة إيجابية ومختلفة. فيتغير إدراكه لذاته، وعندما يتغير إدراك الذات يتغير السلوك، ويتم هذا بعدة طرق منها: تغيير طريقة اللبس والوضع الاجتماعي، أو التدعيم الإيجابي للجوانب الإيجابية في الشخصية. ومن الحالات التي استخدم فيها هذا الأسلوب بنجاح: حالة فتاة غير جذابة، مكتئبة وباهتة الشخصية، أخذ مجموعة من الطلاب يعاملونها - وفق خطة من العلاج - على أساس أنها شخصية جديرة بالاعتبار، وشديدة الحيوية والجاذبية والذكاء. وقبل نهاية العام استطاعت أن تكون أسلوبا سهلا في التعامل مع الآخرين، كما استطاعت أن تكون اكثر جاذبية وثقة في إمكانياتها[5]. وعندما ينجح الشخص في تكوين أسلوب معين في إدراك الذات فان هذا يؤثر في شخصيته ككل. فيتصرف بطريقة تتسق مع الصورة التي يحملها عن نفسه. وقد يعنف، ويغضب، ويكتئب إذا لم يتبن الآخرون السلوك المناسب نحوه. وتزداد فاعلية علاج التفكير إذا ما حدثت معه شروط أخرى منها:

احترام المريض للمعالج والثقة في إمكانياته، ووجود دافع للتغيير لدى الشخص نفسه، وان يكون الشخص نفسه مرنا وذكيا، ويؤمن بالنتائج التي سينتهي لها هذا التغيير.

4- أما الجانب الاجتماعي من الاضطراب فيشير إلى الاضطرابات التي تصيب تفاعلات واستجابات الفرد الاجتماعية. ويعتبر الجنوح والجنسية المثلية نموذجين للاضطرابات الاجتماعية. ومن المعتقد[5] أن السلوك المضطرب ينشأ نتيجة لعملية اضطراب في تعلم السلوك الاجتماعي الجيد. وهناك نظرية ترى أن التوحد بالآخرين واتخاذهم قدوة يعتبر من المصادر الهامة في اكتساب أشكال السلوك التي يتبناها الفرد. فإذا كانت القدوة نفسها أو النموذج الذي يحتذيه الشخص كالأب ناجحا وقويا، كان من السهل أن يكتسب الفرد خصائص سلوكية جيدة، والعكس صحيح. ومن المعروف أن بعض أشكال الجريمة. والجناح تحدث بسبب أنواع خاطئة من التعلم الاجتماعي مصدرها توحد الطفل بنماذج جانحة.

وتتوقف نتائج التعلم الاجتماعي بطريق التوحد بالنماذج على السلوك الذي تتوحد به. فقد يتوحد الطفل الذكر بالأم - دون الأب - لكثرة غياب الأب، أو موته وبعده عن الأسرة، وعندئذ يصعب عليه تعلم الأدوار الاجتماعية

الذكرية فتسهل فرصته فيما بعد لاقتناص الانحرافات الاستجناسية (اللواط)[4*]. وعندما يحدث التوحد بأحد الوالدين من نفس الجنس-كما هو شائع في المجتمعات-فان الطفل يتجه ليتبنى الدور المناسب بما فيه النزعة إلى العدوان كما في حالة الأطفال الذكور. وتزداد نسبة الجنوح والعدوان بين الأولاد الذين يتوحدون بنماذج عدوانية جانحة.

وبالرغم من أهمية عمليات العلاج القائمة على التعلم الاجتماعي فان فاعليتها فيما يبدو تتوقف على أنواع معينة من الاضطراب. فعندما يكون الاضطراب النفسي من النوع الذي يسلك الشخص بمقتضاه ضد الآخرين (كالجريمة، والانحراف) قد يسهل تعلم الاستجابات الملائمة من خلال عرض نماذج لجوانب جيدة من السلوك. غير أن الاضطراب عندما يكون متحولا ضد الذات (كالقلق والاكتئاب والانتحار)، فان من الصعب وضعه تحت ضبط العلاج من هذا النوع. فأنواع الاضطراب الموجه نحو الذات تنشأ من خلال عمليات تعلم أخرى تصلح لها الطرق العلاجية السابقة.

استخدام العقاقير والأساليب الفيزيقية في العلاج:

بدأ استخدام العقاقير في علاج الاضطرابات النفسية منذ فترة مبكرة، إلا أن استخدام العقاقير اصبح منذ الخمسينيات من اكثر الأساليب انتشارا في داخل المصحات العقلية. والحقيقة أن المرضى العقليين أصبحوا أكثر تعاونا بعد اكتشاف العقاقير. وتزداد أهمية العقاقير بالنسبة لحالات المرض العقلي ربما بسبب أن العوامل العضوية تلعب دورا هاما في نشأة الاستعداد للانهيار العقلي. وقد أدى انتشار العقاقير إلى زيادة في نسبة الخروج من المستشفيات ونقص في عدد النزلاء بالمستشفيات الأمريكية للطب العقلي. لكن نسبة العودة إلى المستشفيات والمصحات النفسية قد ازدادت.

وفي حالة القلق والاضطرابات الوجدانية الأخرى كالاكتئاب غالبا ما يصف الأطباء كثيرا من المهدئات كالفاليوم والباربيتوراتس، والأدوية التي تبعث على النوم.. الخ. وفي إحصائية إنجليزية تبين أن تكاليف المهدئات والعقاقير الطبية تصل إلى ما لا يقل عن 100 مليون جنيه إسترليني في العام[6]. ولا شك في أن العقاقير تؤدي إلى تغييرات سلوكية واضحة. فالمهدئات التي تستخدم مع المرضى العقليين تحول المهتاجين والعدوانيين

إلى أشخاص هادئين. وتخفف العقاقير المضادة للقلق من التوترات العضلية، وتساعد على النوم، والقابلية للتغيير الإيجابي. لكن العقاقير لا تؤدي إلى تغييرات شاملة، لهذا فلا بد أن تصحبها أساليب علاجية أخرى وبرامج وقائية. كما أن من أخطر ما يمكن أن تؤدي إليه الإدمان عليها. وتعتبر المهدئات هي وحدها-بين فئات العقاقير الأخرى-القادرة على خلق إدماني واعتماد جسمي عليها. وهناك أيضا العقاقير المنبهة كالامفيتامين، وهي تستخدم للارتفاع بالحالة المزاجية ولزيادة التيقظ، ويستخدمها كثير من الطلاب لإعانتهم على السهر بالليل كما يستخدمها الرياضيون لتعينهم على حسن الأداء[7]. وبالرغم من أن «الامفيتامينات» لا تؤدي إلى الإدمان الجسمي إلا أنها تخلق اعتيادا نفسيا. ويؤدي استمرار استخدام العقاقير على المدى الطويل إلى التوتر والأرق، والارتعاشات وغيرها من الاضطرابات النفسية[8].

وهناك العلاج بالتشنجات الكهربائية التي تقوم على وضع قطبين كهربيين على فودي المريض مع تمرير تيار كهربائي خلال المخ. وعلى الرغم من أن العلاج بالصدمات الكهربائية يبدو مفيدا في علاج بعض الحالات كالاكتئاب الحاد.. فان تأثيره مؤقت، وتتحول نسبة كبيرة من الأشخاص إلى نفس الحالة بعد فترة من الزمن. كذلك من الثابت أن الاستمرار في العاج بطريق الصدمات الكهربائية يؤدي على المدى الطويل إلى آثار جانبية تكون أخطر من الاضطراب الأصلي. من هذه الآثار الجانبية الإصابات المخية وضعف الذاكرة، وفقدان القدرة على الاتجاه.. وقد ناقشنا هذه القضايا في مقدمة الكتاب.

والخلاصة:

إن اكتشاف الأساليب الحديثة في العلاج، يعتبر ثورة شهدتها الأعوام الأخيرة، فلم يعد من الضروري أن يتحول آلاف المضطربين إلى مرضى مزمنين. وقد عرضنا لعدد من أساليب العلاج محاولين أن نبين أن هناك مناهج تستخدم بنجاح في علاج بعض الاضطرابات دون البعض الآخر الذي تصلح له مناهج من نوع آخر. وهكذا فعندما يكون الاضطراب مصحوبا بمخاوف مرضية أو قلق من مواقف محددة، فان استخدام أساليب التدريج

وتأكيد الذات وغيرها من أساليب تعديل الاضطراب الوجداني تنجح نجاحا بالغا في التخلص من مصادر الاضطراب وتكون أساليب التعديل السلوكية من أحسن الوسائل في علاج الاضطرابات التي تكون متجهة ضد الآخرين كالعدوان وتدمير الملكية.. الخ. كذلك ينجح في حالات تعديل سلوك الأطفال عندما تكون الأعراض واضحة ويسهل تحديدها. على حين أن الأساليب التي تتجه إلى تعديل قيمنا وأساليبنا الفكرية والمعرفية الخاطئة تفيد أكبر إفادة في تناول الاضطرابات التي تكون الأعراض فيها متجهة ضد الذات كالاغتراب[*5]، والاكتئاب، والشعور بالنقص.. الخ. كذلك تصلح هذه الأساليب في علاج بعض الاضطرابات الاجتماعية التي تلعب الأفكار الخاطئة دورا كبيرا في تدعيمها مثل التعصب والتحامل. على حين أن الأساليب المتجهة نحو تعليم أساليب جيدة من التفاعل الاجتماعي تكون فعالة في علاج الحالات التي يكون منشأ الاضطراب فيها راجعا لأخطاء في التوحد بنماذج شاذة وغير ملائمة لإكساب السلوك الجيد وذلك كما في حالات الاضطرابات الاستجناسية والجناح... الخ.

أما عن الوقاية فان الجهد الذي يتم في هذا الميدان قليل، ولو أن من الممكن استخدام الأساليب المتعلقة بتحسين الوراثة خاصة في حالة الوقاية من الاضطرابات العقلية كالفصام. وهناك جهد أكبر يمكن أن يتم بالنسبة لتعليم الوالدين أساليب مناسبة من التنشئة. كما يمكن التخلص من تأثير الأزمات البيئية بخلق مناخ وقائي يؤدي إلى التخفف من الضغوط المرتبطة بجو العمل عن طريق الإرشاد والتوجيه. ومن طرق الوقاية انتشار الثقافة، والمعرفة بالظروف المؤدية للاضطراب، بحيث يعامل المضطربون بقدر كبير من المشاركة الوجدانية والمودة. بدلا من العزلة.. لكن خلق مناخ وقائي.. لا يغني عن ضرورة خلق أساليب فعالة من العلاج المباشر للاضطرابات الفردية عندما تثور.. ويعرض كل فصل من الفصول الآتية منهجا في هذا الاتجاه.

مراجع وتعليقات

(1) لا بد من الإشارة إلى أن هناك خلافات شاسعة بين المحللين النفسيين. فبينهم من يعترف بان «فرويد» صاحب تفكير تقليدي وانه يربط نظريته بشكل متعسف بالجنس والعوامل البيولوجية.. لهذا انشق عليه عدد من تلامذته مثل «يونج» و «ادلر» وحاول كل منهم أن يكون نظرية مختلفة. لكن بالرغم من اعترافنا بالاختلافات الشديدة بين علماء التحليل النفسي، إلا أن هناك خاصية تجمعهم جميعا وهي أن الأعراض في رأيهم تعبر تعبيرا غير مباشر عن «المشكلة الحقيقية». أما ما هي هذه المشكلة الحقيقية فهذا ما يختلف فيه أنصار التحليل النفسي. فهي عند فرويد مشكلة متعلقة بالتطور الجنسي والكبت في الطفولة، وعند «أدلر» هي عقدة النقص.. الخ. كذلك يشترك المحللون النفسيون فيما بينهم في أن نظرياتهم لم تنبن على نتائج تجريبية. بل أن فرويد تجنب المعالجة التجريبية لأفكاره، مما يجعل من المستحيل وزن الدلالة العلمية لثبات ملاحظاته ودقتها.. ومثله فعل «يونج» و «أدلر». وبالرغم من أن المحللين النفسيين المعاصرين قد يندمجون بين الحين والآخر في دراسات علمية لإثبات آرائهم، فانهم يتبنون عموما أسلوبا يستخف بالإحصاء، والتجارب العلمية.

للمزيد من الشرح عن نظرية التحليل النفسي والانتقادات التي وجهت لها انظر:

أ- هول ليندزي، نظريات الشخصية. ترجمة فرج احمد فرج، قدري حفني، لطفي فطيم. الكويت: دار الشايع للنشر، 1978. خاصة الفصل الثاني والثالث والرابع.

ب- أيزنك، الحقيقة والوهم في علم النفس، ترجمة قدري حفني ورؤوف نظمي، القاهرة: دار المعارف، 1969.

كذلك انظر لعدد من مؤلفات فرويد التي ترجم بعضها للغة العربية منها:

جـ- سيجمند فرويد، معالم التحليل النفسي، ترجمة محمد عثمان نجاتي القاهرة: دار النهضة العربية.

(2) هناك عدة دراسات تبين أن شخصية المعالج بغض النظر عن انتمائه النظري لهذه النظرية أو تلك تساعد على إعطاء دفعات قوية للعلاج، مما يدفع بعض المعالجين إلى تركيز جهودهم في البحث عن أساليب فعالة دون النظر إلى ارتباطات بنظرية نفسية معينة. وهناك أيضا ما يدل على أن المعالجين الناجحين يتشابهون في خصائص معينة مهما اختلف انتماؤهم النظري بينما تشابه الناجحين بالأقل نجاحا في داخل النظرية الواحدة يعتبر أقل من ذلك. وعلى هذا فان المعالج الناجح الذي ينتمي لنظرية التحليل النفسي اقل تشابها بزميله الأقل نجاحا في نفس (النظرية) واكثر تشابها في خصائصه من معالج ناجح ينتمي لنظرية العلاج الوجودي مثلا. وقد تبين أيضا أن الناجحين في العلاج النفسي يتميزون بخصائص منها: الدفء، والخلو من القلق، والثقة بالنفس، والقدرة على علاقة فعالة بمريضه. انظر:

Frank. D. Persuasion and healing. Baltimore: John Hopkins press, 1961.

(3) Hans Eysenck You and neurosis. Britain, Glasgow: William Collins,1978.

(4) للمزيد عن العوامل الفكرية في تأكيد التعصب انظر:

Bronfenbrenner, U. The mirror image in Soviet-American, relations—a Social Psychologist approach. J. Of Social Issues, 1961, 17, No. 3 pp. 56-56.

(5) تبنى «ميشيل أرجايل» من اكسفورد-بريطانيا نظرية بينت له أن الأطفال يتوحدون بوالديهم بدرجة معينة، بمعنى انهم يتخذون من الآباء نماذج يحاكونها ويقتدون بها عند مواجهتهم لمشكلات الحياة المختلفة. فإذا كان الآباء أنفسهم من بين المتسمين بالطموح والجدية. فان أطفالهم يكتسبون نمطا مشابها من الشخصية. ويمكن الاستدلال على توحد الطفل بأحد والديه من خلال التشابه بين الصفات التي، يصف بها الأطفال والديهم، والصفات التي يصفونها للشخص الذي يرغبون في أن يكونوا مثله. فإذا وصف الطفل الأب بالجدية والنجاح والذكاء، ثم بين أن ما يتمناه لنفسه هو الجدية والنجاح والذكاء.. فان هذا التشابه يعتبر علامة جيدة على التوحد بالأب. وتبين دراساته على الأطفال الإنجليز بان تأثير الأب على الابن الذكر اكبر من تأثير الام. فإذا أراد الوالدان لأبنائهم أن يكونوا قادرين على العمل الجاد والنجاح فان عليهما فيما يرى هذا العالم أن يكونوا هم أنفسهم من القادرين بالفعل على العمل الجاد ومن الناجحين. كذلك يجب عليهم أن ينقلوا هذه الخصائص لأطفالهم من خلال تشجيعهم لهم على التوحد بهم. ولكي يحدث التوحد الناجح هناك شروط يجب أن تتوافر منها:

1- أن يمضي الأب جزءا من وقته في داخل منزله ومع أطفاله.

2- أن تكون العلاقة بين الوالدين والأطفال دافئة ومشبعة لكلا الطرفين.

3- وان يكون الأب للطفل على قدر مرتفع من الجاذبية والفعالية، وان يكون مقبولا وفق معايير التقبل الاجتماعية المحلية. وقد وجد على سبيل المثال أن أطفال المهاجرين يميلون إلى رفض آبائهم كنماذج إذا كان المجتمع يعاملهم كغرباء أو طفيليين. ومن رأي «أرجايل» أن الصحة العقلية تتحسن إذا ما كانت علاقة الطفل بوالديه طيبة وإذا ما توحد الطفل بأحد الوالدين من نفس الجنس (يتوحد الطفل الذكر بالأب، وتتوحد الطفلة بالأم). ذلك لان الأولاد الذين تتوثق علاقاتهم بالأم دون الأب يتحولون في كثير من الأحيان إلى السلبية والأنوثة وربما الجنسية المثلية (الاستجناس). وهناك من الدلائل ما يشير إلى صحة هذه النظرية من أن المستجنسين قادرون بصفة واضحة على أن يحتفظوا بتوحدات مذكرة أو مزدوجة (ذكرية وأنثوية معا) انظر شلدون كاشدان، علم نفس الشواذ، الترجمة العربية، الكويت: (دار القلم -1977). للاطلاع على تطبيقات نظرية التوحد انظر:

أ- ميشيل أرجايل، علم النفس ومشكلات الحياة الاجتماعية، ترجمة عبد الستار إبراهيم، الكويت: دار القلم، 1978 خاصة الفصل الثاني، والثامن، كذلك.

Argyle, M. & Robinson, P. Two origins of achievement moti,vation. British J. of Social and Clinical Psychology, 1962, 1, 107-120.

6- انظر ميشيل أرجايل، علم النفس ومشكلات الحياة الاجتماعية المرجع السابق.

7- شيلدون كاشدان، علم نفس الشواذ، ترجمة أحمد عبد العزيز سلامة ومراجعة محمد عثمان نجاتي. الكويت، دار القلم، 1977.

8- يقسم علماء العقاقير والأطباء العقاقير المختلفة إلى عقاقير مهدئة، وعقاقير منبهة أو منشطة، وعقاقير الهلوسة. أما العقاقير المهدئة فهي كالكحول والمورفين، والهيروين والمسكنات الطبية المختلفة، وتتضمن العقاقير المنبهة الكافيين (مادة القهوة) والنيكوتين والكوكايين والامفيتامين.. الخ وتتضمن عقاقير الهلوسة مجموعة من العقاقير تؤدي إلى غياب الوعي والهلاوس ومن أهمها

الحشيش أو الماريجوانا وال L.S.D. والمسكالين.

ويكمن خطر العقاقير المهدئة في أنها تؤدي إلى الإدمان الجسمي. والإدمان الجسمي يختلف عن مجرد الاعتياد أو التعود النفسي وهو ما يحدث في حالة الامتناع عن العقاقير المنشطة. أما عقاقير الهلوسة فإنها لا تؤدي إلى إدمان جسمي أو اعتياد ولكنها تؤدي إذا أسيء استخدامها إلى أعراض نفسية مختلفة منها الغيبوبة، والهلاوس البصرية والسمعية المفزعة فضلا عن اضطراب السلوك الاجتماعي كالاتكالية الشديدة، والسلبية.

الحواشي

(*) أي الأفعال والطقوس والأفكار التي يجد الفرد نفسه مجبرا على تكرارها (انظر الفصل الأول الذي يعرض لهذه المفاهيم الرئيسية).

(*1) هناك دراسات تربو على المئات وتبين أن التخفيف من الأعراض المرضية يؤدي إلى مزيد من الثقة بالنفس، والإيجابية الاجتماعية، وقليل من القلق والسلبية. أي أن علاج الأعراض يغير من نمط الشخصية ومن سمات لم تكن موضوعا للعلاج.

(*2) يرى الفرويديون أن هذه الأساليب قد تمثل تهديدا لتطور العلاج النفسي - فتجاهل المشكلة وعلاج الشكوى المباشرة (العرض) شبيه - في تصورهم بإعطاء نقاط للتخفيف فقط من التهاب حاد في اللوزتين مثلا. ويتفق المعالج الحديث في بعض الجوانب مع هذا ولا يعارضه. وسنرى فيما بعد أن المعالج الحديث يهتم بخلفية المشكلة عندما يكون السبب عضويا. فعلاج «التهتهة» أو نقص إفراز غدة من الغدد قر يكون ضروريا لتخفيف حدة القلق. أما في الحالات الأخرى كالاكتئاب فان علاج العرض كعرض أمر ضروري.

(*3) تكون فترة العلاج اقل بكثير من فترات العلاج التي يتطلبها التحايل النفسي.. ففي العلاج السلوكي قد يستغرق العلاج ستة اشهر أما عن طريق التحليل النفسي فيستغرق ما بين ثلاثة أو خمسة أعوام.

(*4) نسبة كبيرة من حالات الاستجناس تأتي من أسر مهدمة.. أي تنفصل الأم عن الزوج بينما يبقى الابن مع الأم.

(*5) خاصة ذلك النوع من الاغتراب المصحوب بالعزلة الاجتماعية وعدم الحماس للقضايا الاجتماعية والعزوف عن المشاركة في حلها.. الخ. والاغتراب هنا بالطبع يختلف عن المفهوم الفلسفي الذي يرى أن الاغتراب يعبر عن موقف فكري يتبناه الشخص تجاه تناقضات الحياة والظلم الاجتماعي.

الباب الثاني
نماذج من أساليب العلاج النفسي السلوكي الحديث

3 علاج الاضطرابات الانفعالية بطريقة متدرجة

حالتا ألبرت وبيتر وما بعدهما:

كان «ألبرت» في شهره الحادي عشر عندما قام العالمان السلوكيان «واطسون» و «راينر» بتعريضه لفأر أبيض. لم تثر رؤية الفأر-في البداية-أي مشاعر بالقلق أو الخوف لدى «ألبرت»، إلى أن قام العالمان بتقريب الفأر حتى يصبح في متناول «ألبرت» الذي مد يده اليسرى يلمس الفأر ببراءة، وفي هذه اللحظة أطلق المجربون صوتا عاليا حادا من خلف رأس «البرت». عندها قفز الطفل فزعا مشيحا برأسه وجسمه كله عن الفأر. تكرر هذا الأجراء إلى أن تأكدت تلك الاستجابة الانفعالية الحادة من «ألبرت». وبمرور الوقت تحول مشهد الفأر - المحايد - إلى مصدر للخوف الشديد عند الطفل. فبعد سبع مرات من تعريض الفأر مقرونا بهذا القرع الحاد، بدأ ألبرت يصرخ طالبا النجدة عندما كان يشهد الفأر (حتى ولو بعيدا ودون أن يكون مصحوبا بهذا الصوت الحاد). فضلا عن هذا فان مخاوفه لم تقتصر على مشاهدة الفأر بل بدأت تعمم نحو كل الأشكال ذات الفراء والمشابهة للفئران كالأرانب

والكلاب، ومعاطف الفرو... الخ[1].

ومن المؤسف أن الطفل قد أخرج من المستشفى في الوقت الذي كان يفكر فيه المجربان في ابتكار بعض الطرق للعودة به إلى نفس حالته السابقة. لهذا فإننا لا نعرف ماذا حدث له بعد ذلك هل استمرت مخاوفه أم استطاع أن يتغلب عليها وان يعود. إلى طمأنينته المعتادة عند مشاهدة الفئران والأرانب أو الأشكال الفرائية؟. وإذا شئنا التخمين فان من المرجح إلى حد بعيد أن الخوف قد بدأ يصاحب ألبرت ويعايشه حتى بعد تجاوزه لسن الطفولة ما لم تكن هناك بعض المجهودات التي قدمت له للتغلب على مخاوفه[*].

وما يستنتج من حالة «ألبرت» هو أن كثيرا من جوانب الخوف والقلق والرهبة وعدم الثقة بالنفس وغيرها من أشكال العصاب ما هي إلا عادات سيئة اكتسبناها في مواقف مخيفة أو مؤلمة، أو مهينة للنفس. أننا نتعلم أن نكون مرضى. ونتعلم أن نكون مرضى أساسا بسبب خبرات مؤلمة تعرضنا لها البيئة.

وبنفس المنطق يمكن القول بان ما نتعلمه يمكن أن نتوقف عن تعلمه، أو أن نتعلم عكسه. فإذا كنا نتعلم أن نكون مرضى فإننا يمكن أن نتعلم أن نكون أصحاء. والعلاج النفسي هو فن تعليم الناس أن يكونوا أصحاء أي خلوا من المخاوف التي لا معنى لها ومن المعطلات الانفعالية التي تعوق القدرة على التفكير السليم، وتحقيق الذات والطمأنينة. صحيح أن صغيرنا لم تتح له هذه الفرصة فيما نعلم. لكن ما البأس في أن نستنتج أيضا بان الخوف الذي تعلمه «ألبرت» كان يمكن أن يتخلص منه لو أننا عرضناه لتلك الأشكال-التي أصبحت الآن موضوعا لمخاوفه-تدريجيا، وعلى أن تكون مصحوبة هذه المرة بخبرات سارة أو جذابة. والحقيقة أن هذا ما اقترحه المعالجان عند عرضهما لهذه الحالة، لقد اقترحا بان الطريقة المثلى لعلاج «ألبرت» وتخليصه من مشاعر القلق والخوف أن نقدم له منبها مرغوبا (قطعة من الشكولاته، أو عناق مثلا) في الوقت الذي يظهر فيه الفأر عن بعد أولا ثم نقرب الفأر تدريجيا في المرات التالية مع تقديم منبهات أخرى مرغوبة.

وعلى الرغم مما في هذا التصور من منطق وبديهة فان توظيفه للعلاج

النفسي تأخر حتى عام 1924. ففي هذا العام نشرت أول دراسة إكلينيكية لحالة طفل اسمه «بيتر» أمكن - بنجاح - إزالة مخاوفه المرضية من موضوعات مماثلة بتعريضه تدريجيا لتلك الموضوعات في الوقت الذي كان فيه الطفل يلتهم طعامه باسترخاء لذيذ وفق الطريقة الآتية: «في الفترة التي كان فيها الطفل جائعا تم وضعه على كرسي مرتفع وأعطي بعض الطعام وفي هذه اللحظة أظهر الموضوع المخيف (الفأر) بهدف إحداث استجابة سلبية (الخوف). وعندئذ بدء في إبعاده تدريجيا عن الطفل حتى أصبح على مسافة بعيدة لا تهدد إطعام الطفل. لقد قدرت القوة النسبية التي عندها لا يتدخل حافز الخوف مع حافز الجوع، بالمسافة التي يجب أن يكون عليها الموضوع المخيف. ثم والطفل منهمك في طعامه، أمكن تقريب الموضوع المخيف تدريجيا نحو المائدة، إلى أن تم وضعه على المائدة نفسها، حتى أمكن في النهاية يلمس الطفل»[2].

وهذا المنهج هو نفس ما اقترح قبل ذلك بخمسة أعوام تقريبا، عندما أمكن إثارة مشاعر الخوف عند طفلنا «ألبرت»[*1].

وبالنظر إلى أن إزالة الخوف. والقلق النفسي في الحالة السابقة تم بتعريض الشخص لانفعالات إيجابية معارضة لهذا القلق والخوف (إبعاد الموضوع المهدد وإظهاره تدريجيا)، أطلق على هذا الأسلوب من العلاج مصطلح «الكف المتبادل»، وهو موضوع كتاب شهير ظهر 1958، يلخص جهودا علاجية لما يقرب من مائتي حالة من الخوف والقلق أمكن علاج ما يزيد على 89٪ منها.. وهي نسبة تدعو إلى الاطمئنان دون شك.

والفكرة الرئيسية من مبدأ الكف المتبادل هي أنه إذا ما نجحنا في استثارة استجابة معارضة للقلق عند ظهور الموضوعات المثيرة للقلق، فان هذه الاستجابات المعارضة تؤدي إلى توقف وكف كامل أو جزئي للقلق ولهذا يبدأ الخوف في التناقص أو الاختفاء بعد ذلك.

أذكركم بمثال «بيتر» الذي عرضنا له توا، فقد انتهى خوفه من الفئران بعد تقريبها منه تدريجيا وهو منهمك في طعامه. لقد أمكن ببساطة كف الخوف بتشجيع ظهور استجابة أو استجابات تتعارض معه: الطعام، والتقديم التدريجي للفأر، وعناقه مع بث الطمأنينة.

ولعل السؤال الذي يفرض نفسه هنا هو ما هي الاستجابات المعارضة

القلق، والتي إذا أمكن إحداثها في حضور الموضوعات أو المواقف المخيفة أمكن بالتالي إيقاف القلق وكفه ؟. وكيف يمكن إحداثها وتطويرها لدى الناس في اضطراباتهم. الحقيقة انه لا يوجد اتفاق محدد على عدد هذه الاستجابات أو نوعها. فأي سلوك ينميه الشخص من خلال خبراته الخاصة بحيث يكون من شأنه أن يوقف ويكف جوانب الاضطراب بمظاهره الفسيولوجية، أو الوجدانية، أو السلوكية، ينجح أن يكون سلوكا كافيا للاضطراب.

التعرض التدريجي لمصادر الاضطراب:

وبالرغم من تعدد الأساليب التي يبتكرها المعالجون لإيقاف القلق، وكفه، فان قليلا منها قد حظى بالاهتمام العلمي الملائم، والتطمين التدريجي من بين تلك الأساليب القليلة التي حظيت باهتمام علمي كبير.

والتأمل في طريقة التطمين التدريجي بين أنها تقوم على بديهة اجتماعية شائعة. فمن المعروف لدى الكثيرين بان التعرض المستمر والمتوالي للمواقف - لأي موقف من مواقف الحياة-يغير من اتجاهاتنا نحو هذه المواقف. وينطبق هذا على كل المواقف التي تستثير الاضطرابات العصابية. كالمواقف المثيرة للقلق، أو الخوف والرهبة، والتحرج، والضيق.. الخ.

وتشهد البديهة العامة أيضا بان هناك طريقتين ينصح بهما الناس عند مواجهة هذه المواقف وهما: أما التعرض الكلي للموقف أو التعرض التدريجي. فالبعض قد ينصح شخصا خائفا من السباحة بأن يلقي نفسه في الماء وأن يحاول. وبالمثل فقد ينصح البعض شخصا ما بعد أن حدثت له حادثة في سيارة أو من مركبة عامة أن يعود من جديد لمكان الحادث أو للموضع المؤلم مواجها إياه مباشرة حتى تتحيد مشاعره نحوه.

لكننا نجد في كثير من الأحيان أن الحكمة تتطلب التدرج. والواقع أن التخلص من الخوف مثلا بتعريض الشخص تدريجيا للأشياء أو الموضوعات التي تثيره (كالظلام والأماكن الواسعة، أو الأماكن العالية، أو الضيقة.. الخ) كان - ولا يزال - من الفنون الرئيسية التي تتجه لها بديهة الإنسان المتمرس بالحياة.

لاحظوا مثلا مشهد الطفل الذي يصرخ بفزع لأنه شاهد ضيفا أو زائرا

غريبا يلتحي بلحية سوداء.. أو يلبس نظارة أو يرتدي زيا غريبا لم يشاهده الطفل من قبل. أن كثيرا من الآباء يدرك أن هذا القلق والفزع لا يمكن التخلص منه بدفع هذا الطفل نحو هذا الضيف وتأنيبه على ذلك. لكن حكمة الأب قد تدفعه - مثلا - إلى أن يحمل الطفل مهددا إياه، بينما يبادل الضيف بعض الأحاديث الودية. وهكذا سنجد تدريجيا أن الطفل قد أخذ يختلس النظرات إلى مشهد الضيف الغريب وهو في موقعه الآمن مع الأب. وها هي ذي الآن نظرات الطفل المختلسة تستمر للحظات أكثر وأكثر متحولة إلى نظرات ود وصداقة. قس على ذلك ما يقوم به الأباء المجربون عند تشجيع الطفل على السباحة، أن الأب لن يدفع بالطفل دفعا مفاجئا إلى الماء. لكنه سيبدأ بدلا من ذلك مقربا إياه من الماء تدريجيا دون إثارة أي مشاعر بالخوف أو القلق. بل على العكس قد يخاطب الطفل بكلمات تشجيع لطيفة. وقد يرفعه قليلا من على أرض الشاطئ عندما تقترب موجة عنيفة.. لكنه بالتدريج يقرب قدمي الطفل ثم ساقيه إلى الماء ثم جسمه كله. أن الطفل وربما فيما لا يزيد عن عشرة دقائق قد يصبح بكامله في البحر يضرب المياه من حوله بسرور ونشوة.

ولحكمة ما جرت شريعة بعض المجتمعات البدائية على وضع أفرادها في طقوس قاسية متدرجة قبل أن يسمح لهم بأداء الأدوار الرشيدة. ولنفس الحكمة تتجه المجتمعات الحديثة إلى استخدام أسلوب التدريج في تنشئة الأطفال وتدريبهم على المشي والحركة والكلام. كذلك تتجه كثير من مؤسسات الضعف العقلي إلى استخدام نفس هذا الأسلوب مع ضعاف العقول لتدريبهم على رعاية النفس، وإرضاء متطلباتهم الرئيسية، والتطور بهم إلى مستويات أرقى من النمو الحسي والحركي والفكري. وتقوم طرق العلاج النفسي-السلوكي بطريقة التطمين التدريجي على نفس المبدأ: ابتكار وسائل لتشجيع العصابي على مواجهة مواقف القلق والخوف تدريجيا. والهدف الرئيسي من ذلك تحييد مشاعر المريض العصابية بإلغاء الحساسية المبالغ فيها نحو تلك المواقف. ويكون من خلال التعرض التدريجي للموقف أو المواقف المثيرة للقلق مع إحداث استجابات معارضة لهذا القلق أثناء عرض كل درجة منه إلى أن يفقد هذا الموقف تماما خاصيته المهددة ويتحول إلى موقف محايد، أي إلى أن تلغى العلاقة بين المنبه والاستجابة العصابية

(القلق أو الخوف.. الخ) ؟. وتدل البحوث المتراكمة أن هذه الطريقة في علاج الأمراض النفسية والسلوكية ذات فاعلية لا شك فيها. وعلى سبيل المثال أمكن استخدام طريقة التقريب التدريجي للمواقف المؤلمة في علاج المرضى في مستشفيات الصحة العقلية. فلقد أمكن لمجموعة من المرضى الخائفين من الأماكن المغلقة والواسعة أن يتخلصوا من هذا القلق وفق خطة قام بها عالم نفسي، وتقوم على تعريضهم تدريجيا وببطء لهذه الأماكن. كذلك أمكن علاج مجموعة من المخاوف المرضية المتعلقة بالخوف من المستشفيات أو المدارس لدى مجموعة من الأطفال الصغار باستخدام نفس هذا الأسلوب. أضف إلى ذلك حالة الطفل «بيتر» التي سبقت الإشارة إليها وغيرها مما سيأتي الحديث عنه بعد قليل[3].

أسلوب التطمين التدريجي في منظور تاريخي:

بالرغم من أن الصياغة النظرية لأسلوب التطمين التدريجي، وتوظيفه للعلاج بدأت في فترة حديثة، فان المتتبع لتاريخ العلاج النفسي قد يتعرف على بعض الأساليب العلاجية القريبة مما يدل على أن هذا الأسلوب لم يخف غلى خبرة المعالجين النفسيين السابقين. ففي سنة 1922 يشرح الطبيب النفسي الألماني المشهور كريتشمر Kretchmer طريقة في العلاج النفسي سماها التعويد المنظم. ويسوق كريتشمر كشاهد على فاعلية أسلوبه حالة شاب في الثلاثين من عمره كان يعاني من الخوف الشديد عندما يجد نفسه في أماكن فسيحة أو في شارع مما دفعه إلى الامتناع عن الخروج من منزله لشهور عدة، وتطور الأمر به إلى أن أصبح يخشى الخروج من حجرته. وقد بدأت خطة العلاج بان أمكن تشجيع المريض أن يسير-مصحوبا بالمعالج- لمسافات قصيرة كانت تزاد تدريجيا. ثم تم استبدال الطبيب تدريجيا بشخص آخر.. إلى أن أمكن للمريض السير وحده خطوات قليلة خارج المنزل كانت تزاد تدريجيا من يوم إلى آخر.. حتى اصبح بإمكانه السير والرحيل إلى أماكن بعيدة وغريبة.

حالة المرأة-الميدان:

وقريب من هذا أسلوب استخدمه أحد المعالجين سنة 1923 لشفاء إحدى

المصابات بمرض الخوف من الأماكن الفسيحة وفق خطة مماثلة بالشكل الآتي:

«تضمنت الخطوة الأولى في علاجها أن نصحبها إلى ميدان فسيح مجاور. وفي الميدان طلبت منها أن تعود إلى المنزل بمفردها. وبالرغم من أن البرودة شملت يديها، واعترى الشحوب وجهها، وازدادت نبضاتها، وجف ريقها، فإنها اعترفت بان هذه الطريقة قد أفادتها عن أي طريقة حاولتها من قبل. وفي اليوم التالي طلبت منها أن تكرر الذهاب إلى الميدان والعودة إلى المنزل بمفردها عددا من المرات»[4].

«وفي ميدان التحليل النفسي يعتبر التطمين المتدرج عملية علاجية من شأنها أن تمكن المريض تدريجيا من مواجهة المواقف المؤلمة وتقبلها. ويعترف بعض المحللين النفسيين من أن قيمة الاعتراف والتداعي أمام المعالج تتبع من أن احساسات الشخص نحو هذه المواقف تبرد وتقل... أن المرضى يجب أن يعرضوا أنفسهم لهذه المواقف التي تأتيهم بانفعالات مؤلمة. فإذا كان المريض مثلا خائفا من الأماكن المغلقة فانه يمكن أن نطلب منه في اليوم الأول للعلاج أن يغلق باب حجرته للحظات قصيرة، وفي اليوم التالي قد تزاد هذه اللحظات إلى عشر دقائق.. ثم إلى نصف ساعة يوميا إلى أن يكتشف من خبرته العملية أن باستطاعته تحمل مواقف الخوف».

حالة الطبيب الجزع:

وفي عام 1949 عولجت بنجاح حالة طبيب مصاب بعصاب الخوف من الأماكن المغلقة باستخدام أسلوب التطمين مع استخدام الاسترخاء عند تخيل موقف الخوف، وذلك بأنه كان يطلب من المريض أن يتخيل مشاعره وهو في مكان مغلق، وأن يسترخي مطمئنا وهو يفعل ذلك. كذلك طلب منه أن لا يجعل من خوفه المتخيل أقوى من هدوئه وإحساسه بالأمان، وذلك بان يبعد تفكيره عن موقف التهديد إذا ما شعر بان الخوف يشتد. ربما تعتبر حالة الطبيب الجزع أول حالة يستخدم معها أسلوب التطمين المتدرج بالاعتماد اعتمادا رئيسيا على إثارة خيال المريض والاسترخاء وإثارة أحاسيس معارضة للخوف. وهي من الخصائص التي تميز الأساليب الحديثة من التدريج كما سنرى.

وفي سنة 1962 عرض «بنتلر» لحالة الطفلة «مارجريت» التي كانت في شهرها الحادي عشر عندما أرادت أن تقف مستندة على حمام السباحة المنزلي، فزلت وسقطت بعنف، وأخذت تصرخ بشكل حاد. وبعدئذ قاومت بشدة وبصراخ شديد أي محاولة من قبل الأبوين لإعادتها للاستحمام أو لتشطيفها. ومن الغريب أن الأبوين لاحظا بأن مارجريت بدأت تخاف أيضا من أي مصادر للماء بما في ذلك صنابير الماء في المنزل والماء نفسه. وقد أمكن للمعالج أن يعالج مارجريت بنجاح في برنامج من أربعة أجزاء في خلال شهر (أيزنج، الحقيقة والوهم في علم النفس، ص 148). في الجزء الأول وضعت لها مجموعة من الدمى في حوض الحمام الفارغ. وتركت حرة تماما في الذهاب إلى غرفة الحمام وتناول الدمى، فكانت تدخل غرفة الحمام وتخرج دمية من الحوض ولكنها لا تبقى بالقرب منه. وفي الجزء الثاني من العلاج وضعت الطفلة مرتين على مائدة المطبخ بجوار حوض الغسيل بينما امتلأ الحوض بالماء، والدمى تطفو فيه. وقد صرخت في البداية حينما اقتربت من الماء، وعندئذ وضعت الدمى أمامها على الجانب الآخر من الحوض وعلى رف فوقه بحيث تضطر إلى السير في الحوض لكي تصل إليها. وأخيرا دخلت الماء مترددة وبكت قليلا حينما ابتلت. أما في الجزء الثالث فقد تم إعطاؤها «الحمام في أثناء تبديل ملابسها في حوض غرفة الحمام، وقد أعطيت دمية محببة لتلعب بها، ولكن المرآة المعلقة فوق الحوض أثارت اهتمامها اكثر وسرعان ما تحول بكاؤها في البداية إلى صرخات سعيدة ثم بدأت أيضا تلعب بالماء وفي ذات الوقت تلعب بالرشاشة في الفناء. وكانت الخطوة الرابعة والأخيرة هي إعطاء مرجريت الحمام أثناء تبديل ملابسها في حوض الحمام وبماء حار. وقد عارضت ذلك في البداية بالصراخ ولكن الأحضان الأبوية والحزم أوقفاها عن البكاء بعد يومين. وقد شفيت «مرجريت» بعد شهر واحد من العلاج وأصبحت تلعب بشكل طبيعي واختفى خوفها من الصنابير والأحواض، بل أنها أيضا أبدت سلوكا مرحا باللعب في الماء فكانت تجري بحماس إلى البركة الضحلة في الفناء الخلفي وتطرطش الماء من حولها في سعادة بالغة.. ولم يعد هناك شك في أن مخاوفها الأصلية قد اندثرت تماما. ويعلق بعض الكتاب فيما بعد على حالة مارجريت بأنه: «لو أن تلك الحادثة

التي تعرضت لها هذه الطفلة حدثت قبل ذلك التاريخ بخمسة أو عشرة أعوام فإنها من المؤكد لم تكن لتلقى رعاية مهنية تساعدها على الخروج من أزمتها»[5].

وبالرغم من أن هذه الحالات التي عرضنا لها يبدو عليها جميعا طابع البساطة.. فمصادر الخوف معروفة.. والاستجابة كانت سريعة.. فإننا سنبين في ثنايا هذا الكتاب بأنه من الممكن تعميم نفس هذه المبادئ النظرية على حالات اكثر تعقيدا... حالات لا تكون فيها مصادر القلق والخوف ذات مصدر واحد كما في حالة الصغير ألبرت أو الطفلة مارجريت... بل يتكون القلق فيها من عدد من العناصر، وقد لا تكون هذه العناصر متشابهة دائما.

أن معطيات هذا الأسلوب الإيجابية في علاج الحالات البسيطة والمعقدة على السواء يوحي دون شك بان هذا الأسلوب يؤدي إلى فوائد علاجية وتغييرات ملموسة وثابتة لدى عملاء العيادات النفسية ممن يعبث القلق بحياتهم عبثا ملحوظا.

خطوات علمية - علاجية لإجراء التطمين المنظم

تتكون طريقة إجراء التطمين المتدرج عادة من أربع مراحل هي: 1- تدريب المريض على الاسترخاء العضلي، 2- تحديد المواقف المثيرة للقلق، 3- تدريج المنبهات المثيرة للقلق، و 4- التعرض لأقل المنبهات المثيرة للقلق (أما بطريق التخيل أو في مواقف حية) مع الاسترخاء، ثم التدرج لمواقف اكثر فأكثر.. وفيما يلي بعض التفاصيل عن كل مرحلة:

أولا: تدريب المريض على الاسترخاء (بالشكل الوارد في الفصل الرابع) وعادة ما يستغرق عشرين دقيقة في كل جلسة من الجلسات العلاجية الست الأولى.

ثانيا: تحديد المنبه الرئيسي المثير للقلق (خوف من الأماكن المغلقة، خوف من الحديث أمام الناس، خوف من التعبير عن العدوان، خوف من تأكيد الذات.. الخ).

وبالرغم من أن تحديد المواقف التي تستثير القلق قد يبدو يسيرا، إلا

أن هناك نقطة حيوية يجب التنبيه لها. ذلك لان طالب العلاج في كثير من الأحيان قد يفصح عن شكوى أو مشكلة دون أن تكون هي المشكلة الرئيسية في حياته. فالكثير من الشكاوى الظاهرة قد تغطي اضطرابات انفعالية لم نعبر عنها صراحة[6].

وكمثال لذلك حالة (ت) مهاجر مصري للولايات المتحدة - الأمريكية في الأربعين من عمره، يقيم في الولايات المتحدة منذ سبعة أعوام. متزوج وله خمسة أطفال. يعمل في شركة مشهورة منذ تاريخ وصوله للولايات المتحدة. وقد دل تاريخه في العمل على نجاحه وتفوقه طوال هذه المدة. جاء يطلب مشورة الكاتب لأنه في الفترة الأخيرة قد بدأ يكره عمله، وأنه يفكر في تركه.. بالرغم من أنه لم يجد عملا آخر بعد وانه فيما يعبر يشعر بان «كابوسا يكبس عليه» عندما يخرج من منزله كل صباح إلى مكان العمل.

وبالرغم من أن هذا القلق قد يعبر عن قلق شائع لدى الكثيرين وهو قلق العمل. إلا أنه بسؤال (ب) تبين أن قلقه يقوم على قلق آخر وهو عجزه عن تأكيد نفسه في العمل خاصة مع رئيسه وزملائه الأمريكيين في العمل الذين - كما يصفهم - اقل منه بكثير من حيث الكفاءة في أداء العمل.

من المهم إذن أن نتبين أن الأسباب الرئيسية وراء القلق المباشر الذي يبثه طالب العلاج لمعالجه قد يكون في كثير من الأحيان أهم من حيث دلالاته العلاجية، والتنبه لذلك ضروري ويوفر على المعالج وعلى المريض على السواء جهدا ضخما. لذلك فان الخطوة الأولى التي يجب التنبه لها عندما تثور حساسيتنا المرضية نحو بعض الأشياء أن نحدد ما إذا كان ذلك القلق أساسيا أم ثانويا (أي راجعا لأسباب أخرى أساسية).

ولنتأمل هذه المحادثة التالية بين معالج نفسي وشاب في الثانية والثلاثين من العمر. يعمل مهندسا كهربائيا. وقد جاء يطلب النصيحة بصدد قلق عنيف بدأ يتملكه عندما يجد نفسه في مكان ضيق. ويبين سير المحادثة الآتية أن خوفه من الاسانسيرات إنما هو خوف ثانوي يداري به قلقا أساسيا متعلقا بحياته الجنسية مع زوجته الشابة.

المريض: لدي خوف من الأماكن الضيقة.

المعالج: أوضح أكثر ؟.

المريض: أشعر بقلق، وبالعجز عن التنفس. وأحيانا تسوء حالتي واضطر

للخروج جريا لاستعيد قدرتي على التنفس واستنشاق هواء نقي. شيء فظيع.

المعالج: أريد أن اعرف شيئين أساسيين. متى بالضبط، وأين تشعر بهذه الحالات. لنبدأ بمتى بدأت هذه الحالة تظهر لديك ؟.

المريض: (يفكر). أنا سني الآن 32 سنة (يحاول أن يحسب) بدأت اشعر بهذه الأشياء في التاسعة والعشرين.

المعالج: يعني بدأت منذ حوالي ثلاث سنين.

المريض: آه تقريبا.

المعالج: كيف كان حالك في تلك الفترة ؟ يعني هل كانت هناك مشكلات مختلفة منذ ثلاث أو أربع سنوات ؟.

المريض: لا أتظن. كنت عاديا وأنا استقل الأتوبيس من المنزل للعمل كل يوم. لم تكن هناك مشكلات.

المعالج: طيب ما الذي حدث منذ ثلاث سنين في تصورك ؟

المريض: مجرد شعور بأنني خائف ومشدود الأعصاب. بدأ ذلك لأول مرة عندما كنت أستقل الأسانسير وكان مزدحما والجو فيه حار وخانق. لذلك تركته وأخذت الدرج. لكنني بدأت بعد ذلك أتجنب حجرة الاجتماعات لأنه لم تكن بها نوافذ. وعندما كنت اضطر لحضور اجتماع فيها كنت اشعر بالضيق والاختناق. وحاولت أن أتعاطى بعض المهدئات، ولكن دون فائدة. وحتى الآن لا زلت أبقي كرسي مجاورا للباب حتى إذا أحسست بشيء ما أستطيع أن اهرب سريعا. لا أدري لم ؟. ذهبت للدكتور فقال إنها عداوة مكبوتة.

المعالج: وهل أفادك هذا التفسير شيئا ؟ أعني ما الذي فعلت به ؟

المريض: لا أدري.. لم اعرف ماذا أفعل به.

المعالج: حتى أنا لا أدري.. على أية حال دعنا الآن نرجع بالذاكرة قليلا إلى ما كان يحدث في حياتك منذ ثلاثة أعوام. لا اعني خوفك من الأماكن الضيقة، لكن أي حوادث عامة أو خاصة حدثت آنذاك ؟

المريض: تعني أي شيء.

المعالج: نعم أي شيء تذكره.

المريض: هه.. دعني أفكر لحظة(همهمة.. تنهد) منذ ثلاث سنين ؟ لقد

تزوجت منذ ثلاث سنين. غير أني لا أرى هناك أي علاقة بين ما حدث آنذاك وبين ما أنا فيه الآن.

المعالج: هل تعتقد أن هناك علاقة ما ؟.

المريض: لا أرى ذلك، مجرد اتفاق زمني.. . أليس كذلك ؟

المعالج: من الجائز.. غير أنني اشعر انك تدافع اكثر من اللازم في هذه النقطة.

المريض: لا.. أنني لا أرى أية صلة.

المعالج: إذن هل تعتقد أننا يجب أن نبحث عن الصلة ؟

المريض: أتريد اللف.

المعالج: لا اعني.

المريض: أنظر، إنني لا أريد أن أطلق زوجتي.. حتى وان كانت هناك صلة أنا لا أريد الطلاق.

المعالج: ومن يتحدث عن الطلاق ؟

المريض: آه.. يعني

المعالج: اسمعني.. انظر حتى لو وجدنا بعض المشاعر السلبية نحو زواجك لما لا نحاول أن نفكر في علاج المشكلات وان نخلق لديك شعورا بحرية الحركة من خلال الزواج بدلا من الانفصال والهدم ؟.. اعني أننا لم نكتشف بعد وجود صلة ما بين زواجك ومخاوفك من الأماكن الضيقة. قد نجد تلك الصلة أو لا نجدها. لكن إذا كنت تشعر أن هناك مشكلات ما في حياتك الزوجية فلماذا لا نحاول مواجهتها وحلها حتى وان لم تكن لها صلة بمخاوفك من الأماكن الضيقة ؟ قد يكونا مشكلتين منفصلتين أو مترابطتين لكن واضح أنك تقفز لاستنتاجات وتتصور أنني سأهدم حياتك الزوجية.

المريض: فهمت.. جميل.. نعم هذا معقول. لقد تزوجنا لأنه كان يجب علينا أن نتزوج. هل يعني هذا شيء لديك ؟ اعني كنا ننوي الزواج ولكن ليس بسرعة. لقد عجلنا بالزواج بسبب حمل مفاجئ.

المعالج: هه... تعني أن مخاوفك من الأماكن الضيقة من المحتمل أنها بدأت بعد حمل صديقتك، يعني زوجتك حاليا ؟ كيف استجبت لذلك ؟

المريض: حاولنا أن نفكر في حلول. فكرت مثلا انه لو حدث اتصال جنسي عنيف بيننا قد يساعد ذلك على استئناف العادة الشهرية. لكن ذلك

لم يفد بالطبع. بل أدت إلى استجابات غريبة شعرت بأنني ارتكب جريمة قتل. يبدو أنني كنت أريد البحث عن صلة بين خوفي وبين موت الطفل كتفسير فرويد مثلا ؟ فقد أصابني في إحدى المرات بعد اتصال جنسي معها خوف بأن الجنين يختنق. ربما كنت أريد للجنين أن يموت وبالتالي بدأت أشعر بالذنب. إنما لا أفهم لماذا يبقى هذا الشعور حتى الآن وقد بلغ ابني سنتين وأحبه ولا أتمنى موته. قال دكتوري السابق أن هذا بسبب رغبات لاشعورية مستمرة في موت زوجتي وطفلي.

المعالج: وهذا لا يقودنا إلا إلى طريق مغلق. دعنا نرى الآن ونتأمل في لماذا يستمر خوفك من الأماكن الضيقة. اخبرني أولا كيف تستجيب زوجتك لمشاعرك بالخوف ؟.

المريض: متفهمة للغاية.

المعالج: جائز أنها متفهمة اكثر من اللازم ؟

المريض: ماذا تعني ؟

المعالج: جائز أنها بتفهمها تشجعها فيك.

المريض: لا أظن.

المعالج: على أية حال دعني أسأل سؤالا ثانيا: حدثني عن علاقتك الجنسية بزوجتك ؟

المريض: سؤال غريب حقا (لحظة صمت) الحقيقة أنني الآن لا احتمل الاتصال الجنسي بها.. وأشعر بأنني على وشك السقوط.

المعالج: بماذا تشعر بالضبط؟ !

المريض: دعني أتذكر. اشعر كأنني في مصيدة وكأني مضغوط عليه.. عاجز عن التنفس ومختنق.

المعالج: لدي إحساس أن زوجتك رغم حبك لها من النوع المسيطر. كانت ولا تزال مسيطرة. لهذا أرى أننا نستطيع علاج خوفك من الأماكن المغلقة لو نجحنا في علاج مشكلاتك معها. أنني أرى بوضوح بعض الجوانب السلبية بينك وبين زوجتك. لهذا أريد أن أراكما في المرة القادمة معا حتى نصل سويا إلى وسيلة افضل لتحسين علاقتكما(7).

هنا نلاحظ إذن أن الشكوى المباشرة جزء من مشكلة أعمق تتعلق بحياة المريض وعلاقاته الاجتماعية الزوجية الخاصة.. لهذا يجب أيضا أن تتضمن

خطة العلاج التركيز على تلك المشكلات. ولهذا فلا بد في كثير من الأحيان من معالج نفسي ماهر يساعد عميله من خلال الأسئلة الذكية والصريحة إلى التوصل للب المشكلة الحقيقي.

ثالثا: تدريج المنبهات المثيرة للقلق.. موقفا موقفا:

بعد أن نتمكن من حصر جوانب القلق الرئيسية التي سنعالجها وبعد أن يتم لنا الحكم بأن تلك المواقف رئيسية وليست هامشية تبدأ مرحلة أخرى من العلاج. يضع المعالج المواقف المثيرة للقلق في قائمة مدرجة، أي قائمة من المواقف التي تستثير القلق في حياة المريض بدرجات متفاوتة، بحيث يوضع الموقف الذي يستثير أعلى درجة من القلق أو الخوف في أعلى تلك القائمة، ويوضع أقلها استثارة في أسفل القائمة. أما الحكم بهذا التدريج فهو يتوقف على الشخص نفسه بالطبع، إذ يطلب منه المعالج أن يرتب فقرات كل موقف من مواقف جانب معين من القلق بطريقة هرمية من القاع إلى القمة بحيث يبدأ بأقل المنبهات إثارة للخوف ويصعد إلى أشدها إثارة.. . ولنتأمل كمثل من أمثلة الترتيب التدريجي نوعين من المخاوف هما الخوف من الامتحانات... والخوف من الرفض الاجتماعي.

أ- ففي حالة الخوف من الامتحان يمكن أن تدرج المنبهات المثيرة للقلق وفق هذا الترتيب:

1- شهر قبل الامتحان.
2- أسبوعان.
3- أسبوع قبل الامتحان.
4- خمسة أيام قبل الامتحان.
5- أربعة أيام.
6- ثلاثة أيام.
7- يومان.
8- يوم واحد قبل الامتحان.
9- في الطريق إلى الجامعة يوم الامتحان.
10- انتظار فتح صالة الامتحان.
11- في انتظار توزيع ورق الأسئلة.
12- ورقة الأسئلة مقلوبة.

13- قراءة ورقة الأسئلة.

ب- الخوف من كراهية الناس (الرفض):

1- التقدم لطلب عمل يحتاج لإجراء مقابلة شخصية.

2- الوجود في تجمع أو حفل من أربعة أشخاص.

3- الابتعاد عن النشاط الاجتماعي لمجموعته.

4- مخاطبة مجموعة من الأشخاص.

5- شخص آخر يحاول أن يتلمس له العيوب.

6- تهكم من الزوج (أو الزوجة) والأصدقاء.

7- تعليقات استهزاء من الأصدقاء.

8- تعليقات من الزوجة (أو الزوج) تدل على التقليل من شأن الشخص (أي استهزاء).

والذي يجب تأكيده على أية حال أن وضع هذه التدريجات يتوقف على الشخص نفسه، بمعنى انه لا يجوز تطبيق التدريجات السابقة آليا على أي شخص حتى ولو كانت مخاوفه من نفس النوع. فعلى سبيل المثال قد يجيء شخصان للعلاج النفسي.. وكلاهما يعبر عن قلقه واضطرابه عند الحديث أمام الناس.. إلا أن سؤال كل منهما عن الشروط المحيطة بهذا القلق قد تبين أن أحدهما يتوقف ظهور قلقه في هذه المواقف على نوع الأشخاص الحاضرين (الرؤساء أو الآباء أو نماذج السلطة). أما الآخر فقد يتوقف قلقه على حجم المجموعة الحاضرة. وعلى هذا فان تدريج قلق الشخص الأول يجب أن يراعى تدريج نماذج السلطة:

1- الحديث أمام أشخاص غرباء.

2- الحديث أمام الجيران.

3- الحديث أمام الزملاء.

4- الحديث أمام الآباء.

5- الحديث أمام المدرس (أو الرئيس).

6- الحديث أمام هيئة التدريس بكاملها.

أما في حالة الشخص الآخر فان التدريج يجب أن يشمل حجم الجماعة التي يتحدث أمامها الشخص:

1- الحديث مع شخص من نفس الجنس.

2- الحديث مع شخص من جنس آخر.
3- الحديث مع شخصين.
4- الحديث مع ثلاثة أشخاص أو أربعة.
5- الحديث أمام مجموعة من الناس.

كذلك قد يتفاوت تدريج منبه معين من شخص إلى آخر فالحديث أمام الآباء قد يمثل درجة أكبر من القلق بالمقارنة بالحديث أمام المدرسين عند البعض. بينما يحدث العكس عند البعض الآخر. وبالمثل قد تشكل العلاقة بالزوج أو الزوجة عند البعض بالمقارنة بالبعض الآخر مشكلة أشد من العلاقة بزملاء العمل أو الرؤساء[8].

أضف إلى هذا أن ترتيب تدريج معين بالنسبة لشخص واحد قد يختلف من فترة إلى أخرى. فما كان في الشهر الماضي يحتل وزنا أكبر قد يتضاءل وزنه في الوقت الراهن.

لهذا من الأفضل أن تكتب مدرجات القلق لكل شخص على حدة وبعد تساؤل واستفسار عن كل الشروط المحيطة. ومن الأفضل كتابة هذه التدريجات بالقلم الرصاص حتى يسهل تعديلها أو التغيير في ترتيبها.

رابعا:

الآن وبعد أن أمكن تدريج الموقف (أو المواقف) المثيرة للقلق، وبعد أن يكون المريض قد تدرب على الاسترخاء يصبح الطريق ممهدا للدخول في إجراءات العلاج. وتنحصر إجراءات هذه المرحلة في أن نطلب من المريض وهو في حالة من الاسترخاء العميق والهدوء أن يتصور نفسه، مستخدما قدرته على التخيل إلى أقصى حد، وهو في الموقف الذي يثير أقل درجة من القلق في البداية. والمثال الآتي يوضح الإجراءات التي يستخدمها المعالجون عادة.. لعلها تمنح القارئ بعض البصيرة في التطبيقات العملية للعلاج النفسي. وهذا المثال هو وصف لإجراءات هذا الأسلوب مع فتاة مصابة بعصاب الخوف الشديد من الامتحانات بصورة أدت لرسوبها مرات متكررة بالرغم من استعدادها الجيد، وارتفاع متوسط ذكائها:

«سأطلب الآن أن تتخيلي بعض المواقف والصور. حاولي أن تجعلي خيالاتك حية كأنها حقيقية. ركزي ذهنك فيها. من الجائز بالطبع أن تتدخل في حالة الاسترخاء التي تتملكك الآن. لكن إذا أحسست في أي

لحظة بأنك مشدودة فما عليك إلا أن تشيري بيدك اليسرى... جميل».

«والآن تخيلي نفسك وأنت تقفين في شارع مألوف. اليوم جميل وساطع، ويمتد أمامك مشهد الشارع كله. العربات والموتوسيكلات، والدراجات، والناس وعلامات المرور والأصوات (انتظار15 ثانية). جميل والآن توقفي عن هذا التخيل وعودي ثانية لحالة الاسترخاء. إذا كنت قد شعرت بأي نوع من التوتر بسبب التخيل الذي قمت به الآن فارفعي إصبعك (لا ترفع إصبعها). والآن تخيلي أنك تجلسين في منزلك تذاكرين في المساء. اليوم هو 20 في الشهر وباق حوالي شهر للامتحان (انتظار 5 ثوان). والآن توقفي عن التخيل وعودي لاسترخائك.. استرخاء أعمق (انتظار 10 ثوان). مرة أخرى تخيلي نفسك من جديد في منزلك تذاكرين ولم يبق على الامتحان إلا شهر (انتظار5 ثوان). توقفي الآن عن هذا التخيل وعودي لاسترخائك. إرخ عضلاتك جميعها ودعي نفسك وحاولي أن تتذوقي الراحة التي تتملكك (15 ثانية). والآن تخيلي من جديد نفسك تذاكرين قبل الامتحان بشهر (انتظار 5 ثوان). توقفي الآن عن التخيل ولا تفكري في أي شيء آخر غير جسمك (5 ثوان). إذا كنت قد أحسست بأي قلق فأشيري بإصبعك (ترفع المريضة الآن إصبعها). إذا كان قلقك في المرة الثالثة اقل من المرة الثانية والأولى فاستمري كما أنت. أما إذا لم يكن هناك أي تغيير فأشيري بإصبعك (لا ترفع إصبعها). جميل إذن ابق في استرخائك (15 ثانية). الآن تخيلي نفسك على كرسي في داخل أتوبيس وبجوارك شخصان يثرثران مع بعضهما (10 ثوان). الآن توقفي عن هذا التخيل وعودي إلى ما أنت فيه من استرخاء (10 ثوان). الآن تخيلي نفسك من جديد وأنت تجلسين في شرفة المنزل ومن أسفلك في الشارع يسير شخصان يتجادلان في احتداد (10 ثوان)[*2]. توقفي الآن عن هذا. سأعد من واحد حتى خمسة وستفتحين عينيك وتشعرين بمنتهى الراحة والهدوء».

ويعلق «ولبي ولازاروس» على هذه الحالة بالعبارة الآتية:

«وفتحت المريضة بعد ذلك عينيها، وهي تنظر من حولها وتبتسم وكأنها استيقظت من النوم. وفي إجابتها على الأسئلة التي سألناها بعد ذلك، بينت أنها تشعر بمنتهى الهدوء، وأن المشاهد المتخيلة كانت في منتهى الوضوح. كذلك قررت أنها شعرت بقليل من القلق عند تخيل مشهدي

المذاكرة والمشادة، وبالرغم من أن القلق تضاءل في حالة التكرار، فانه لم يصل في كل الأحوال لدرجة الصفر».

بعض المشكلات التي تحيط باستخدام هذا الإجراء :

من المشكلات الرئيسية التي تواجه استخدام التطمين المتدرج هذا اعتماده الرئيسي على إثارة الصور الذهنية والخيال لدى المريض. وتوضح البحوث - لسوء الحظ - أن هناك فروقا فردية ضخمة في مقدار السير والسهولة التي يستطيع بها البشر أن يتحكموا في إثارة هذه الصور الذهنية. البعض يستطيع ذلك بسهولة كما في الحالة السابقة، والبعض يعجز عن ذلك خاصة المرضى العقليون. وبالرغم من أن الحلول التي تقدم لهذه المشكلة ضئيلة، إلا أنني وجدت أن التدريب المستمر في الجلسات الأولى على إثارة صور ذهنية محايدة، وقصيرة يؤدي لبعض الفوائد. كذلك أجد أن سؤال المريض بان يفتح عينيه وان يوجهها لبعض المنبهات التي اكشفها له مثل قلم الرصاص، والسيجارة.. الخ ثم أن يحاول أن يغلق عينيه وأن يتخيل نفس هذه الأشياء بعد اختفائها مع تكرار ذلك على منبهات أخرى وبصورة متلاحقة يؤدي أيضا إلى قدر مماثل من النجاح في تدريب المريض على التخيل.

وهناك طريقة أخرى تقوم على تشجيع المريض للانتباه لاحساساته الحالية. أو لحوادث مباشرة من الذاكرة. ومؤدى ذلك أن يطلب من المريض أن يعيش ذهنيا في الموقف المتخيل، وأن يراه كما لو كان يحياه بالفعل الآن وليس كمجرد متفرج من الخارج.

ومع ذلك فانه يبدو أن هذه المشكلة قد بولغ فيها. فبالرغم من صحة قوانين الفروق الفردية، بهذا الصدد إلا أنني لم أجد حالة تعجز عن التخيل. وفي الحالات القليلة النادرة التي حدث فيها هذا كان ذلك بسبب عوامل أخرى كاستهانة المريض بالأسلوب، وتشتت انتباهه، وعدم تركيزه واتجاهه نحو المعالج. كذلك أجد أن الطريقة التي يقدم بها المعالج هذا الأسلوب تلعب دورا أساسيا في اقتناع المريض به، وبالتالي سهولة اندماجه في التخيل.

مشكلة أخرى تثيرها هذه الطريقة فقد لاحظنا أن المعالج يطلب من

عميله أن يتخيل الموقف تدريجيا.. فهو لا يأخذه كما في الحالة المرأة - الميدان، أو الطبيب - الجزع إلى المواقع الحية التي تستثير القلق. والاعتماد على التخيل يثير لهذا السبب بعض التحفظات. وربما نتساءل هل يؤدي إثارة المواقف المخيفة بطريق الصور الذهنية والخيال إلى نفس الفاعلية التي يمكن أن يؤدي إليها العلاج في المواقف الفعلية ؟ وهل من الأفضل أن نصطحب من يجزع مثلا من الأماكن العالية إلى قمة برج، أم من الأفضل أن نجعله يتخيل قمة البرج ؟. اتجه عدد من الباحثين في الحقيقة إلى المقارنة بين الآثار العلاجية لأسلوب التدريج في عرض مواقف القلق بطريق الخيال، والتدريج من خلال مصاحبة المريض للمواقف الفعلية من القلق. والحقيقة أن نتائج هذه البحوث متعارضة. فعلى سبيل المثال لم يوجد فرق جوهري بين مجموعتين من المرض بالخوف من الثعابين عولجت إحداهما باستخدام شرائح التصوير الملونة، وعولجت الأخرى بالتعرض لثعابين حقيقية.

لكن هناك نتائج وملاحظات تشير إلى بعض الفروق في صالح التعرض للمواقف الحية، خاصة عندما يفشل الشخص في الانتقال من المواقف المتخيلة إلى المواقف الحية. لكن العلاج في المواقف الحية لا يخلو من إثارة بعض المشكلات لأنه يتطلب من المعالج الخروج بعميله من المستشفى أو العيادة، وبالتالي قد يفقد قدرته على ضبط كثير من المواقف والمنبهات العلاجية الأخرى. وماذا لو أن الجزع والخوف ألم بمريضه في تلك المواقف التي كان يتجنبها خشية منها طوال عمره ؟ هل يستطيع فيها أن يتحكم في عملية الاسترخاء وبعث الطمأنينة ؟.

لكن تعريضه لمواقف حية ومع كل هذه التحفظات يكون ضروريا أحيانا خاصة بين المرضى الذين يعانون بعض المشكلات في تخيل المواقف المثيرة للتهديد بوضوح كاف. كذلك في حالات المرضى الذين يعجزون عن التحديد النوعي والواضح للمشكلات والمنبهات المثيرة لمخاوفهم ما لم يتعرضوا مع المعالج لمواقف حية مختلفة تساعد كليهما على صياغة المشكلة للعلاج. وفي حالات الاكتئاب نجد من المعالجين من ينصح بالعلاج في المواقف الحية لان تعويد المريض على مواجهة هذه المواقف يعتبر في حد ذاته ذا تأثير علاجي واضح بغض النظر عن علاج مشكلات القلق من خلال التدريج

الحي.

ونضيف أن هناك ميزتين علاجيتين أخريين لأسلوب التدريج في مواقف حية. فمن ناحية نجد أن ممارسة المريض لأنواع من النشاط في الحياة اليومية (التي كانت متعطلة قبل ذلك) قد تثير دوافعه وبالتالي تساعده على إعادة إدراكه وصياغته لمشكلته من جديد، مما يؤدي إلى احتمالات علاجية أقوى. ومن ناحية ثانية فان المعالج قد يستطيع أيضا أن يلاحظ بعض أساليب المريض في التفاعل الاجتماعي التي تؤكد كثيرا من الأنماط غير المرغوبة في سلوكه وبالتالي يستطيع المعالج مباشرة أن يغير من هذه الأساليب.

3- التطمين المتدرج وحدود تطبيقه:

منذ أن أبتكر هذا الأسلوب وهو يستخدم بنجاح في علاج المخاوف المرضية بالذات. لهذا فإمكانية تطبيقه في العلاج النفسي محصورة في علاج الحالات المصابة بالمخاوف المرضية. وحتى في هذه الحالات لا بد من وجود شروط أخرى لكي يمكن استخدام هذا الأسلوب بنجاح منها:

1- أن لا تعود المخاوف المرضية على الشخص بأي مكاسب أساسية أو ثانوية، وعلى هذا فمن الصعب علاج طفل أو شاب أو بالغ من بعض المخاوف (كالظلام أو المرض، أو الامتحان) طالما أن ذلك يؤدي إلى استجابات مرغوبة لديه من قبل والديه (زيادة الحب، العطف الشديد، تلبية رغبات لم تكن ملباة من قبل.. الخ)؟.

2- أن تكون مخاوف الشخص محصورة في المواقف التي تثيرها وليست بسبب عوامل اجتماعية أخرى. وقد رأينا أن من العبث علاج المريض بالمخاوف من الأماكن الضيقة بوضع تدريج الأماكن، بالرغم من أن مخاوفه ناتجة أساسا من قلق الانحصار في علاقات اجتماعية ضيقة وغير مرغوبة.

3- أن يكون الشخص ممن يتناقص قلقهم أثناء الاسترخاء.

4- أن يكونوا من المقتنعين بفائدة الأسلوب. أما من حيث الأشكال الأخرى من الاضطرابات الانفعالية فان أسلوب التطمين التدريجي لا يؤدي إلى نتائج إيجابية إلا إذا استخدم مع أساليب أخرى. وكمثال لنجاح أسلوب التطمين التدريجي في هذا الإطار استخدامه في التقليل من الآثار الانفعالية للذكريات القديمة غير السارة كما تظهر لدى حالات المكتئبين الذين قد

يجدون فيها أحزانا تضاف إلى أحزانهم. ويكون ذلك بان نطلب من الشخص وهو في حالة من الاسترخاء العميق أن يتذكر بعض الحوادث الحزينة، أو المخجلة في حياته، والتي تكون لها آثار انفعالية قائمة حتى الآن إلى أن تتحيد مشاعره نحوها(9).

وهذا الأجراء الأخير فضلا عن دوره في كف الاستجابات الانفعالية القديمة كالخوف، والخجل، والقلق من خلال الاسترخاء يساعد على إعطاء المريض منظورا إدراكيا، وأسلوبا شخصيا جديدا لإعادة إدراك تلك الأشياء القديمة، وبالتالي آثارها الانفعالية المستمرة. فقد ينتهي تذكر ذلك بالمريض إلى أن يدرك أن هذه الحوادث كانت تافهة.. أو أنها غير مهمة.. أو «أنني لا أهتم ولا اكترث لذلك» لكن الوصول بالمريض لهذه الاستجابات الصحية قد يتطلب وضع تدريج للذكريات المؤلمة وطلب تخيلها أثناء الاسترخاء مع الدحض العقلي والمنطقي أثناء إثارتها(*3).

ولعل ما نستنتجه من كل ذلك بشكل عام هو أن نحذر من الاستخدام الآلي لهذا الأسلوب أو أي أسلوب علاجي على الإطلاق فلكل حدوده ومجالات تطبيقه. والمعالج النفسي الناجح هو الذي يعرف نفسه بكثير من الأساليب وبكثير من المرضى حتى يختار الأسلوب من الأساليب الملائمة في الوقت الملائم ومع الشخص الملائم ونوع الاضطراب الملائم(10).

خلاصة

التخلص من الاضطراب والقلق بالتعرض التدريجي للأشياء أو الموضوعات التي تثيرهما كان ولا يزال من الفنون الرئيسية التي تتجه لها بديهة الإنسان العادي وحكمته. وطريقة التطمين التدريجي التي يلجأ لها المعالج الحديث تقوم على نفس المبدأ أي التشجيع على مواجهة مواقف القلق والخوف تدريجيا، إلى أن تتحيد مشاعرنا الانفعالية الحادة (العصابية) نحو تلك المواقف. وقد عرف المعالجون السابقون هذا الأسلوب كما عرفه المعالجون المحدثون. ويعتبر مبدأ الكف المتبادل بمثابة الأساس العلمي الذي قدمه علم النفس الحديث لتفسير نجاح هذا الأسلوب. فإذا نجحنا في استثارة استجابة معارضة للقلق (كالتطمين التدريجي) في حالة وجود الموضوعات المثيرة له، يمكن أن يؤدي ذلك إلى كف كامل للقلق وبالتالي

يختفي ويتناقص بعد ذلك. ويتطلب إجراء التطمين المتدرج مراحل منها تحديد المواقف التي تثير المخاوف الرئيسية للشخص، ثم تدريج كل موقف منها على حدة في قائمة تبدأ بأقل المنبهات إثارة للخوف في الموقف مع الصعود إلى أشدها إثارة، ثم يصبح الموقف معدا لإجراء العلاج بعد ذلك بان نطلب من الشخص وهو في حالة استرخاء وهدوء أن يتخيل نفسه في الموقف الذي يثير أقل درجة من القلق في البداية مع تهدئته إلى أن تتحيد مشاعره نحو الدرجات المنخفضة ثم يبدأ الانتقال للمواقف الأشد وهكذا حتى تنتهي القائمة. وهناك طريقة أخرى تقوم على اصطحاب المريض لمواقف الخوف الحيد بدلا من تخيلها. ولكل طريقة عيوبها ومزاياها، ولو أن الجمع بين الطريقتين ممكن ومرغوب. وبالرغم من أن هذا الأسلوب يقتصر على علاج المخاوف المرضية إلا أنه يصلح أيضا في علاج بعض حالات الاكتئاب خاصة عندما يكون الاكتئاب استجابة شديدة لحادثة خارجية محددة كفقدان قريب، أو عمل، أو متعلقا بأحزان محددة في الماضي. ونسبة نجاح هذا الأسلوب في علاج المخاوف المرضية تصل إلى ما يقرب من 89٪. غير أن نجاح استخدام هذا الأسلوب يتوقف على تدريب الشخص على الاسترخاء العميق عند تعريضه (واقعيا أو بطريق الخيال) إلى مواقف القلق، بالشكل الذي عرضنا له في الفصل السابق.

مراجع وتعليقات

(1) للمزيد عن تفاصيل حالة «ألبرت» انظر:

Watson, J. & Rayner, R. Conditioned emotional reactions. Journal of Experimental Psychology. 1920,Vol. 3, pp. 1-14.

(2) يعود الفضل في علاج «بيتر» لجهود المعالجة السلوكية ماري كوفر جونز Cover Jones التي كانت تنتمي لتفكير «واطسون». ويلاحظ أن المنهج الذي استخدمه كان أول منهج يستخدم أسلوب التدريج في التعرض لموضوعات الخوف.. وبهذا المعنى تكون دراساتها عن «بيتر» بمثابة إرهاص مبكر بأساليب التطمين التدريجي الحديثة. انظر:

a. Jones Mary Cover. The elimination of children fears. J. of experimental Psychology.1924, Vol. 31, pp. 308-315.

b. Jones, M.C. A laboratory study of fear: The case of peter, pedagogical Seminar, Vol. 31, pp. 308-315.

(3) للمزيد عن مبدأ الكف المتبادل وتطبيقاته في العلاج النفسي انظر:

Wolpe, J. Psychotherapy by reciprocal inhibition. Stanford University Press, 1958.

(4) للمزيد من استخدام أسلوب التطمين التدريجي في علاج المخاوف المرضية التي توجد لدى المرضى العقليين انظر:

Hagen R. Behavioral therapies and the treatment of Schiz.Phrenics. Schizophrenia Bulletin, No.13 1975. pp. 70-96.

(5) هناك صف كامل لحالة المرأة - الميدان في:

Lazarus, A. Behavior therapy and beyond. New York: Mc Graw-Hill, 1971.

(6) تفاصيل حالة الطفلة «مارجريت» وردت في الترجمة العربية لكتاب أيزنك: أيزنك، الحقيقة والوهم في علم النفس، ترجمة قدري حفني ورؤوف نظمي القاهرة: دار المعارف، 1969. ص 148-149.

(7) بالرغم من أن المعالجين السلوكيين كانوا لا يهتمون إلا بالشكاوى الظاهرة وذلك منذ عشرين أو خمسة وعشرين عاما.. إلا أنهم بدأوا حاليا يتنبهون إلى أن الشكوى الظاهرة تغطي في بعض الأحيان اضطرابات انفعالية أساسية. وان هذه الاضطرابات الانفعالية قد تكون اكثر خطرا من الشكوى الظاهرة.. للمزيد من ذلك انظر:

Lazarus, A. Behavior therapy and beyond. New York: Mc. Graw-Hill, 1971.

(8) ورد هذا الحوار في المرجع السابق.. وقد تمت الترجمة مع بعض التصرف.

(9) للمزيد من تدريجات عدد كبير من الاضطرابات الانفعالية يمكن للقارئ النظر إلى:

Wolpe,J. & Lazarus, A. Behavior therapy techniques: A, guide to the treatment of neurosis. Oxford: Pergamon Press 1966.

(10) يأخذ كثير من المحللين النفسيين على منهج التطمين التدريجي التركيز على الأعراض

الظاهرة فقط دون الاضطرابات الكامنة. ومن رأيهم أن الخوف يعكس اضطرابا اعمق في الشخصية.. فإذا ما عالجنا الخوف المرضي من مكان أو شخص أو شيء معين دون أن نعالج الاضطراب الانفعالي فان المريض قد ينتكس أو يستبدل أعراضا مرضية، بأعراض مرضية أخرى. لكن هذا لم يحدث في حياة المرضى الذين عولجوا.. أي انه لم يحدث انهم استبدلوا أعراضا بأعراض أخرى.. مما يدل على خطأ الغرض التحليلي النفسي في هذه النقطة. للمزيد من هذه النقطة انظر:

Eysenck, J.J. You and neurosis. Glasgow: William Collins. 1978, P. 110-111.

ومن رأي أيزنك أن علاج الأعراض الظاهرة يؤدي إلى شفاء كامل ودائم.

مراجع عامة عن أسلوب التطمين التاريخي

فضلا عما ورد في النقاط السابقة من مراجع وكتابات.. فإننا نقترح على القارئ الذي يبغي التعمق في هذا الموضوع الرجوع لعدد من الكتب والمقالات التي تصف له بالتفصيل الإجراءات التي يجب استخدامها أثناء التطمين التدريجي. ونعتقد في فائدة هذه المراجع خاصة لمن يمارسون أو سيمارسون العلاج النفسي من الأطباء والأخصائيين:

Lazarus, A. Behavior therapy and beyond, New York. McGraw-Hill: 1971.

b. Lazarus, A. Clinical behavior therapy. New York. Brunner Mazel:1972.

c. Wassermann, J. H. Behavior and neurosis. Chicago. University Chicago Press 1975.

d. Meyer, V. & Chesser, E. Behavior therapy in Clinical.Psychiatry. London: Penguin Books, 1971.

e. Paul, G.L. Outcome of Systematic desensitization I Background, Procedures and Uncontrolled Reports of individual treatment. In Cyril Franks(ed). Behavior-therapy: Appraisal and status. New York: Mc-Graw. Hill, 1969, pp. 63-104.

f. Paul, G. L. Outcome of systematic desensitization II-Controlled investigations of individual treatment, teach nique variations, and current status. In Cyril Franks (ed.), Behavior therapy, appraisal and status. New York: McGraw-Hill, 1969, pp. 105-159.

g. Paul, G. L. & Bernstein, D. A. Anxiety and behavior Treatment by systematic desensitization and related. techniques. New York: General Learning Press, 1973.

كذلك انظر المراجع 3، 9 التي سبق ذكرها أعلاه.

الحواشي

(*) أي الأفعال والطقوس والأفكار التي يجد الفرد نفسه مجبرا على تكرارها (انظر الفصل الأول الذي يعرض لهذه المفاهيم الرئيسية).

هناك دراسات تربو على المئات وتبين أن التخفيف من الأعراض المرضية يؤدي إلى مزيد من الثقة بالنفس، والإيجابية الاجتماعية، وقليل من القلق والسلبية. أي أن علاج الأعراض يغير من نمط الشخصية ومن سمات لم تكن موضوعا للعلاج.

(*1) يرى الفرويديون أن هذه الأساليب قد تمثل تهديدا لتطور العلاج النفسي-فتجاهل المشكلة وعلاج الشكوى المباشرة (العرض) شبيه-في تصورهم بإعطاء نقاط للتخفيف فقط من التهاب حاد في اللوزتين مثلا. ويتفق المعالج الحديث في بعض الجوانب مع هذا ولا يعارضه. وسنرى فيما بعد أن المعالج الحديث يهتم بخلفية المشكلة عندما يكون السبب عضويا. فعلاج «التهتهة» أو نقص إفراز غدة من الغدد قر يكون ضروريا لتخفيف حدة القلق. أما في الحالات الأخرى كالاكتئاب فان علاج العرض كعرض أمر ضروري.

(*2) تكون فترة العلاج اقل بكثير من فترات العلاج التي يتطلبها التحايل النفسي.. ففي العلاج السلوكي قد يستغرق العلاج ستة اشهر أما عن طريق التحليل النفسي فيستغرق ما بين ثلاثة أو خمسة أعوام.

(*3) نسبة كبيرة من حالات الاستجناس تأتي من أسر مهدمة.. أي تنفصل الأم عن الزوج بينما يبقى الابن مع الأم.

خاصة ذلك النوع من الاغتراب المصحوب بالعزلة الاجتماعية وعدم الحماس للقضايا الاجتماعية والعزوف عن المشاركة في حلها.. الخ. والاغتراب هنا بالطبع يختلف عن المفهوم الفلسفي الذي يرى أن الاغتراب يعبر عن موقف فكري يتبناه الشخص تجاه تناقضات الحياة والظلم الاجتماعي.

4 أسلوب الاسترخاء

يستخدم الاسترخاء في الطب والعلاج النفسي وعلم النفس الإكلينيكي بأساليب متعددة منذ فترة طويلة. ففي سنة 1929 أبدى طبيب نفسي اسمه جيكبسون Jacobson اهتمامه باكتشاف طرق للاسترخاء العضلي بطريقة منظمة. وفي كتاب مشهور له بعنوان «الاسترخاء التصاعدي» (Progressive Relaxation) (1، 2، 3) قرر أن استخدام هذه الطرق يؤدي إلى فوائد علاجية ملموسة بين المرضى بالقلق. ويجمع علماء العلاج النفسي والسلوكي اليوم على فائدة التدريب على الاسترخاء في تخفيض القلق وتطوير الصحة النفسية. وفي الولايات المتحدة نجد أن كثيرا من المعالجين النفسيين يستخدمون هذه الأساليب ويطورون أساليب أخرى للتدريب على الاسترخاء. وعلى سبيل المثال يقيم الطبيب النفسي جوزيف ولبي Joseph Wolpe نظرية كاملة في العلاج النفسي تقوم على إرخاء العضلات إرخاء عميقا(54).

ويعتبر أسلوبه بحق من أشهر أساليب الاسترخاء على الإطلاق، بالرغم من أنه يذكر أن منهجه في الاسترخاء العضلي يقوم على نفس الأسس التي وضعها جيكيبسون، إلا أنه يستخدمه كجزء من

منهجه العام في التخفف من الأمراض العصابية بطريقة التطمين التدريجي التي سبق الحديث عنها. ولكي نبين كيف يمكن إجراء الاسترخاء العضلي علينا أن نبين الآن السر في فاعليته ونجاحه في التخفف من الاضطرابات الانفعالية والقلق.

لماذا يستخدم الاسترخاء ؟:

تبين بحوث علماء النفس الفزيولوجي منذ القرن التاسع عشر ان جميع الناس تقريبا يستجيبون للاضطرابات الانفعالية بتغييرات وزيادة في الانشطة العضلية. وتتركز بعض هذه التغييرات في الجبهة. وفي سنة 1958 تبين ايضا ان اثارة الانفعالات تؤدي ايضا الى توترات في الرقبة، ومفاصل الذراعين، والركبيتن والعضلات الباسطة(*). كذلك تتوتر حتى عضلات الاعضاء الداخلية كامعدة، والقفص الصدري، وعندما يتعرض الشخص لمنبهات انفعالية شديدة تزداد الحركات اللاإرادية في اليدين والذراع.

ومن الثابت ايضا ان الزيادة الشديدة في التوتر العضلي تتوقف اساسا على شدة الاضطرابات الانفعالية، خاصة عندما يواجه الفرد بمشكلات تتعلق بتوافقه. ومن المؤسف ان التوتر العضلي الشديد لا يساعد بل يضعف قدرة الكائن على التوافق، والنشاط البناء، والانتاج، والكفاءة العقلية. فالاشخاص في حالات الشد والتوتر والقلق تنهار مقاومتهم وقدرتهم على الاستمرار في النشاط العقلي والجسمي بسبب عجزهم عن توظيف العضلات النوعية المختلفة توظيفا بناء.

لهذا نجد أن الاسترخاء يعرف - بالمعنى العلمي - بأنه توقف كامل لكل الانقباضات والتقلصات العضلية المصاحبة للتوتر. والاسترخاء بهذا المعنى يختلف عن الهدوء الظاهري أو حتى النوم، لأنه ليس من النادر أن تجد شخصا ما يرقد على أريكته أو سريره لساعات معدودة لكنه لا يكف مع ذلك عن إبداء كافة العلامات الدالة على الاضطراب العضوي والحركي مثل عدم الاستقرار الحركي والتقلب المستمر والذهن المشحون بالأفكار والصراعات.

وإذا كان الاضطراب الانفعالي يؤدي إلى إثارة التوتر العضلي، فان من الثابت أيضا أن إثارة التوتر العضلي تجعل الشخص مستفزا للانفعال

السريع في الاتجاه الملائم لهذه التوترات. فرسم علامات الغضب على الوجه يجعل الشخص سريع الاستجابة للمواقف الاجتماعية بالغضب مثلا. قس على ذلك أي انفعال آخر سلبي، (كالخوف، والضيق) أو إيجابي (كالحب، والسرور، والتقبل...) والعكس أيضا صحيح، بمعنى أن إرخاء التوترات العضلية، وإيقاف انقباضاتها تؤدي إلى التقليل من الانفعالات المصاحبة لهذه التوترات. وسنرى بعد قليل كيف يمكن القيام بهذا الاسترخاء.

التوتر العضلي والأمراض النفسية (القلق بشكل خاص):

في الظروف العادية، تشيع حالات التوتر الخفيفة، والمؤقتة، استجابة للمشكلات العقلية والاجتماعية التي تحتاج لدرجة معينة من التركيز والاهتمام وتعبئة الطاقة. غير أن التوتر في تلك الحالات يعتبر ضروريا للإبقاء على الفرد في حالة من اليقظة، ولا ينتهي بمضاعفات مرضية مبالغ فيها.

لكن هناك من ناحية أخرى بعض الأفراد ممن يعيشون طول الوقت تقريبا في حالة من التوتر الشديد، ويصطحب هذا استثارة في الجهاز العصبي من مظاهرها جمود عضلات بعض الأعضاء وارتفاع الضغط، وزيادة نبضات القلب، واضطراب انتظام التنفس.

ويثبت عدد من الباحثين أن استمرار ارتفاع مستوى التوتر العضلي يظهر بين الأشخاص العصابيين الذين يعانون من حالات الصراع المستمر والقلق.

ويمتلئ التراث السيكولوجي ببحوث عدة تؤكد أن الاستثارة العضوية والعضلية العنيفة تشيع بشكل أكثر في حالات الأمراض النفسية والعقلية. ففي مقارنة بين مجموعة من الأفراد العاديين والمرضى النفسيين تبين أن هذه المجموعة الأخيرة تعاني من الاضطراب والتوتر العضلي تحت كل الشروط. وفي حالات الاضطراب الوجداني تبين في مجموعة من الأفراد زيادة مبالغ فيها في بعض الاستجابات التي تنتمي لإطار التوتر العضلي مثل ضعف قدرة الجلد على المقاومة، وارتفاع النبض، وضغط الدم، واضطراب التنفس.

وفي مقارنة أخرى بين فئات من الفصاميين، والمصابين بالجنون الدوري

(أي الانتقال في فترات منتظمة من الاكتئاب إلى الهوس والتهيج)، والعصابيين والأسوياء تبين أن الفصاميين من بين كل هؤلاء يكشفون عن أعلى درجات التوتر العضلي. وقد يوحي هذا بان أساليب الاسترخاء يمكن أن تؤدي إلى بعض النجاح في علاج الاضطرابات الفصامية.

وفي حالات الاكتئاب النفسي تبين الدراسات القليلة بعض النتائج الطريفة. فبالرغم مما يتصف به هؤلاء المرضى من مظاهر التخلف في النشاط الحسي والحركي (البطء في الحركة، والكلام، والاستجابة) الذي قد يوحي بأنهم على درجة أقل من التوتر والاستثارة العضلية، فان مقارنتهم بمجموعة من الأفراد العاديين على مقاييس التوتر في الجبهة، والفكين، والذراعين والقدمين بينت انهم أكثر توترا من الأسوياء. وتبين بحوث مماثلة أن هذا التوتر يختفي أو يتضاءل بعد العلاج النفسي.

أما في حالات القلق والصراعات النفسية، فان هناك ما يشبه الاتفاق على أن أعراض القلق تختلط بالتوتر العضلي. فعدم الاستقرار، والشد، والاستثارة الزائدة، والحركة المستمرة كقضم الأظافر، واللوازم الحركية، وفرك اليدين.. الخ ما هي إلا مظاهر قليلة من الاضطرابات العضوية الشائعة في حالات القلق. وليس من النادر أن يشكو الشخص في حالة القلق من التوتر في جسمه، والصداع، وآلام الظهر، وخفقان القلب، وربما آلام في القدم والساقين، والذراعين.. الخ.

لهذا يمكن القول أن التوتر لازمة من لوازم القلق وليس مجرد نتيجة له. فضلا عن هذا فان هناك ما يثبت أن الاسترخاء العضلي واستخدام العقاقير المطمئنة التي تهدئ من توترات العضلات يؤديان إلى انخفاض ملموس في حالات القلق.

ومن المعتقد أن الاستجابات الحركية، واللوازم القهرية التي تشيع بين المرضى العصابيين كالوسوسة، و طقطقة الأصابع، و قضم الأظافر، والحركات القهرية في الفم، والعين، والابتسامات غير الملائمة، ما هي إلا أشكال حركية هدفها التخفف من القلق عندما يثور.

هل هناك توترات عضلية نوعية بحسب اتجاه الاضطراب الانفعالي؟

بينما نجد أن غالبية البحوث النفسية تميل إلى أن تتحدث عن اضطرابات

عقلية عامة في الجسم كله مصاحبة للاستثارة الانفعالية، هناك بعض الأعمال الطريفة التي تحاول أن تتابع الاستثارة الانفعالية على أنواع معينة من التوتر العضلي. ويمكن أن نطلق على هذا النوع من بحوث التوتر اسم «نوعية التوترات» فهناك بعض الأفراد ممن تتركز استجاباتهم للقلق والانفعال في شكل توترات عضلية خاصة وليس في الجسم كله.

وعلى سبيل الأمثلة، هناك ما يدل على أن الصداع، وآلام الظهر (كأشكال من التوتر العضلي) تشيع بين الأشخاص الذين يتميزون بالشد، والعجز عن الفعل والنشاط.

كذلك نجد من النتائج ما يشير إلى أن المرضى الذين يعانون من توتر عضلات الرقبة، أو الرأس، أو الذراع غالبا ما تكون هذه الأعضاء ذات قدر مرتفع من النشاط والفعل قبل ظهور التوترات فيها.

وفي دراسة على 400 مريض تبين أن الصداع النفسي (أي الصداع الراجع للتوتر النفسي) يحدث بشكل خاص في حالات القلق.

أما المواقف التي تستثير الإحساس بالصراع، أو الذنب فإنها غالبا ما تؤدي إلى آلام في الظهر. وفي دراسة على مجموعة من المرضى من ذوي الاستعداد للاستجابة بالصداع، وآلام الرأس، تبين أن مناقشة المواقف الصدمية معهم في الجلسات العلاجية قد أدى إلى توترات عضلية في الجبهة.

وهناك أيضا ما يشير إلى أن التوترات العضلية في الجسم تحدث في حالة الاضطرابات الانفعالية الدائمة فقط، بل وعند إثارة أنواع من الصراع أيضا. فمثلا تبين أن إثارة العدوان تؤدي إلى زيادة في توتر عضلات الجبهة، بينما تؤدي إثارة الرغبة الجنسية والصراع الجنسي إلى آلام وتوترات في الساق.

وبغض النظر عن التأثير النوعي للمنبهات الانفعالية تبين بشكل عام أن تطوير استجابات توترية في عضل معين أمر تلعب فيه الفروق الفردية دورا كبيرا أيضا. فالفرد الذي اعتاد. أن يواجه اضطراباته الانفعالية الراجعة للقلق بحالة من الصداع سيظهر الصداع لديه في كل الاضطرابات الانفعالية الأخرى (العداوة، الجنس، الصراع.. الخ) بغض النظر عن طبيعة المصدر. أما لماذا يستجيب بعض الأفراد للاستثارة الانفعالية بتوترات عضلية عامة

(في الجسم كله)، بينما يستجيب البعض الآخر بالصداع، أو بآلام الظهر، أو بأي نمط عضوي آخر، فان الإجابة لا تزال غير محسومة بعد. ولكن من المرجح أن يرجع جزء من هذا إلى عوامل عضوية تتعلق بالتركيب العضوي نفسه (من حيث القوة أو الضعف)، أو إلى عوامل اجتماعية، فبعض الجماعات تدعم الاستجابة بتوتر في عضو معين، بينما لا تدعم (أو تستهجن) الاستجابة بأعضاء أخرى، وربما يكون أيضا بسبب عوامل شخصية، وأنماط خاصة من التكيف الفردي.. فالشخص المستثار انفعاليا وهو يمارس الكتابة أو القراءة قد تتوتر لديه عضلات العينين، أو الذراعين، أو الظهر... أو كلها جميعا.

والخلاصة من هذا أن بحوث «نوعية التوترات» قد تضيف نتائج عميقة لفاعلية العلاج النفسي. وعلى سبيل المثال فان تنبه الشخص لذلك يجعله على دراية بأنواع التوتر العضلي المستثار. وسيساهم ذلك في أن تعد خطة الاسترخاء بطريقة خاصة وربما مختصرة.

التدريب على الاسترخاء:

يستغرق تدريب المرضى على الاسترخاء العضلي المنظم في العيادات النفسية عادة ست جلسات علاجية، في كل منها يجب أن نخصص عشرين دقيقة على الأقل لتدريبات الاسترخاء. وفي نفس الوقت يطلب من المريض أن يمارس التدريبات على الاسترخاء لمدة خمس عشرة دقيقة يوميا بنفسه بحسب الإرشادات العلاجية.

ويجب قبل البداية في التدريب على الاسترخاء أن نعطي الشخص تصورا عاما لطبيعة اضطرابه النفسي (أي القلق)، وأن نبين له أن الاسترخاء العضلي ما هو إلا طريقة من طرق التخفف من التوترات النفسية والقلق. لهذا نجد أن مجرد الاسترخاء العادي بالرقاد على أريكة (أو سرير) يؤدي إلى آثار مهدئة ملحوظة. والسبب في هذا أن هناك علاقة واضحة بين مدى استرخاء العضلات وحدوث تغيرات انفعالية ملطفة (أو مضادة للقلق).

ولا يوجد ترتيب محدد للأعضاء التي يجب البداية باسترخائها ولكن من الضروري بالطبع أن يبدأ التدريب على الاسترخاء ببعض أعضاء الجسم حتى يتمكن الشخص بالتدريج وبنجاح من ضبط قدرته على استرخاء

عضلات الجسم كله.

ويفضل المعالجون السلوكيون عادة، البداية بالتدريب على استرخاء عضلات الذراعين لسهولة ذلك من ناحية، وليتعلم المريض بشكل واضح معنى الاسترخاء العضلي ونتائجه من ناحية أخرى، ثم يتم الانتقال بعد ذلك لمنطقة الرأس لان كثيرا من العوامل المهدئة للتوتر تتركز في القدرة على السيطرة على عضلات الوجه، ومنطقة الرأس بشكل عام... وهكذا. وعلى العموم نجد أن أعداد المريض وتهيئته لممارسة التدريب على الاسترخاء العضلي تتكون من النقاط الآتية:

1- يبين المعالج للمريض أنه مقبل على تعلم خبرة جديدة أو مهارة لا تختلف عن أي مهارة يكون قد تعلمها في حياته قبل ذلك كقيادة سيارة، أو تعلم سباحة، أو لعبة رياضية جديدة. وبعبارة أخرى يبين له أنه - أي المريض - مثله مثل كثير من الناس تعلم أن يكون مشدودا ومتوترا، وانه بنفس المنطق يمكنه أن يتعلم أن يكون عكس ذلك أي قادرا على الاسترخاء والهدوء وان دور المعالج هو أن يعلمه كيف يصل إلى ذلك.

2- يبين المعالج أيضا بأنه نتيجة لهذا قد يشعر المريض ببعض المشاعر الغريبة كالتنميل في أصابع اليد، أو إحساس أقرب للسقوط، وانه يجب أن لا يخشى ذلك لان هذا «شيء عادي ودليل على أن عضلات الجسم بدأت تتراخى». وهذه النقطة مهمة بشكل خاص لان كثيرا من المرضى - خاصة الهستيريين - قد يستجيبون للاسترخاء بخوف مبالغ فيه أو بشعور بان شيئا غريبا يسيطر على أجسامهم. بينما من المفروض أن يكون ذلك دليل على أن الاسترخاء قد بدأ يحدث في عضلات الجسم.

3- ينصح المعالج الشخص بأن تكون أفكاره كلها مركزة في اللحظة، أي في عملية الاسترخاء وذلك للمساعدة على تعميق الإحساس به. ولكي يساعد المعالج على تحقيق أكبر قدر ممكن من النجاح في هذه المرحلة قد يطلب من المريض أن يتخيل بعض اللحظات في حياته التي كان يعيش فيها بمشاعر هادئة وفياضة (يحسن أن يكون هذا التخيل بشكل نوعي أي أن يكون المعالج قد عرف من المريض قبل ذلك بعض المواقف التي كانت تهدئ مشاعره، كالضوء الخافت، أو التدخين، أو الاسترخاء في الظهيرة بعد وجبة شهية... الخ).

4- من المخاوف التي تنتاب بعض المرضى شعورهم بأنهم سيفقدون القدرة على ضبط الذات[*١]. في مثل هذه الحالات من الأفضل أن يتدخل المعالج ما بين الحين والآخر بتعليق أو بأكثر حتى يبعث الطمأنينة في نفس المريض. وهذا الإجراء ضروري بشكل خاص عندما يكون المعالج من جنس غير جنس المريض، أو عندما يكون المريض (إذا كان من نفس الجنس) من النوع الذي تنتابه مخاوف من الجنسية المثلية. وتبين لنا خبرتنا الخاصة أن الدور الأمثل الذي يجب على المعالج أن يبرزه في مثل هذه اللحظات هو دور المرشد أو المعلم الذي لا يهدف للسيطرة على الجسم بمقدار ما يهدف إلى تعليم مريضه خبرة جديدة.

5- كقاعدة يجب التوصية بالمحافظة على كل عضلات الجسم في حالة تراخى تام أثناء الاسترخاء خاصة تغميض العينين لمنع المشتتات البصرية التي قد تعوق الاسترخاء التام. لكن في كثير من الحالات خاصة في الجلسات الأولى من العلاج قد يكون من الضروري بين الحين والآخر السماح للمريض بان يفتح عينيه. وهذا ضروري بشكل خاص في حالات الأشخاص الذين تتملكهم الريبة أو الشك، أو عندما يكون المريض من الجنس الآخر الذي قد يتصور في هذا الموقف نوعا من الإغراء الجنسي.

6- من العوامل الهامة التي قد تعوق الاسترخاء الناجح تجول العقل في تخيلات بعيدة وبالرغم من أنه لا خطر في ذلك، فمن الأفضل الرجوع بهذه الأفكار إلى الموقف بقدر الاستطاعة.

7- وأخيرا فان على المعالج أن يكون قادرا على فهم مريضه وحساسا لكل شكوكه ومخاوفه، وقادرا على كسب ثقته وتعاونه في نجاح الاسترخاء. وفي كل الأحوال إذا ظهر لأي سبب من الأسباب أن المريض غير مقبل أو متحمس للإجراء. فان حساسية المعالج وخبرته بالأساليب العلاجية الأخرى ستجعله قادرا على الانتقال إلى محاولة أشكال علاجية أخرى ملائمة.

نموذج للتدريب على الاسترخاء:

من الضروري أن نبين أن استرخاء أي عضو معناه اختفاء كامل لأي تقلصات أو انقباضات في هذا العضو. ويمكن أن نستدل على نجاح استرخاء عضو معين (كعضلات الذراع مثلا) بتحريكه في الاتجاهات المختلفة أو

الضغط عليه، ويكون الاسترخاء ناجحا إذا لم نجد أي مقاومة من هذا العضو. بتعبير آخر تكون أعصاب هذا العضو متوقفة تماما عن أي نشاط. ويتوقف جزء كبير من نجاح العلاج السلوكي، في قدرة الشخص على ذلك، وبالتالي التمكن بعد ذلك من الاسترخاء الناجح الإرادي لكل عضلات الجسم عضوا فعضوا. لهذا نجد أن هناك اهتماما كبيرا - في الوقت الحالي - بابتكار تدريبات من شأنها أن تساعد على الاسترخاء العضوي الكامل تدريجيا. وقد اخترنا للقارئ نموذجا لذلك في نهاية هذا الفصل تتوافر فيه مزايا عدد من الطرق. وبالطبع يمكن تطبيق ذلك التمرين ذاتيا في المواقف المختلفة التي قد تعرض الشخص للقلق والتوتر (أنظر التذييل في نهاية الفصل) ولتيسير استخدام تدريبات الاسترخاء يمكن للقارئ أن يقوم بتسجيل إحداها بصوت عميق وهادئ، وأن يعيد التسجيل في كل مرة يحاول فيها الاسترخاء، منفذا التعليمات المتضمنة. وتبيع معاهد العلاج النفسي في الولايات المتحدة تسجيلات لتدريبات من هذا النوع، يمكنها أن تقوم مقام المعالج النفسي بعد انتهاء جلسات العلاج.

التطبيقات العامة للاسترخاء:

تعلم الاسترخاء يمنح الشخص مهارة وخبرة يمكن للمعالج وللشخص كليهما استثمارها في أغراض عدة:

1- من أول الأهداف الرئيسية لتعلم الاسترخاء هو إمكانية استخدامه مع أسلوب التطمين التدريجي، أو التعويد التدريجي على المواقف المثيرة للقلق. صحيح أن من الممكن استخدام أسلوب الاسترخاء وحده، إلا أن الغالبية تستخدمه جنبا إلى جنب مع أسلوب التطمين التدريجي (الذي سبقت الإشارة إليه).

2- وبنفس المنطق يمكن أن يستخدم الاسترخاء كأسلوب من أساليب العلاج الذاتي والضبط الذاتي في حالات القلق الفعلي. ولهذا ليس من النادر أن نجد أن كثيرا من المعالجين يوصون بمحاولة الاسترخاء لدقائق معدودة يوميا وقبل الدخول في مواقف (حياتية) مثيرة للقلق كالظهور أو الحديث أمام الناس أو المقابلات التي تجري عند الترشيح لعمل ما... الخ.

3- في حالات كثيرة يطلب المعالج من مريضه أن يقوم بتمثيل دور شخص

آخر (الأب، الرئيس. . الخ) بهدف اكتساب القدرة على فهم تلك الشخصيات، والتكيف معها... ونظرا لان هذه الشخصيات قد تكون مصدرا لقلق الشخص، بحيث قد يعجز عن القيام بتمثيلها... فان تذكيره بأنه قد تعلم خبرة جديدة وأن عليه أن يمارسها الآن (الاسترخاء) سيؤدي إلى نجاح أسلوب تمثيل الأدوار وبالتالي تحييد المشاعر والقلق نحو النماذج المهددة أو الداعية للقلق كالآباء أو نماذج السلطة بشكل عام.

4- ويستخدم أسلوب الاسترخاء في كثير من الأحيان للتغيير من الاعتقادات الفكرية الخاطئة التي قد تكون أحيانا من الأسباب الرئيسية في إثارة الاضطرابات الانفعالية وبالتالي يمكن للشخص أن يدرك المواقف المهددة بصورة عقلية منطقية. ومن المعروف أن استخدام الاسترخاء في علاج حالات القلق والمخاوف، وتوهم الأمراض، من شأنه وحده أن يمنح الشخص بصيرة عقلية واقعية بطبيعة قلقه. فالقلق الذي كان يعتقد المريض انه يعود لأسباب فسيولوجية عضوية فيه وبالتالي يشكل سلوكه وفق هذا الاعتقاد، يصبح الآن شيئا يمكننا ضبطه والتحكم فيه ذاتيا. وعلى سبيل المثال أمكن أن يستخدم أسلوب الاسترخاء مع حالة من فصام البارانويا[*2] بطريقة أدت إلى تغيير معتقدات المريض الخاطئة عن وجود تغيرات واحساسات في جسده لا يستطيع فهمها، إلى معتقدات معقولة عن طبيعة تلك التغيرات.

5- كذلك يمكن استخدام وحدة في علاج كثير من الأشكال المرضية. أمكن، على سبيل المثال، أن يستخدم أسلوب الاسترخاء في علاج حالات الضعف الجنسي. ففي حالة مريض شاب كان يشكو من القلق والاكتئاب، شكا أيضا أنه عند الاتصال الجنسي بزوجته كان يعاني من القذف السريع عند الاتصال الجنسي بعد نصف دقيقة أو دقيقتين على الأكثر من الإيلاج. وقد أدى هذا إلى إثارة كثير من التوترات لديه ولدى زوجته. وبتوجيه من المعالج أمكن للمريض أن يتعلم الاسترخاء العضلي في الدقائق الخمس عشر السابقة على الاتصال الجنسي خاصة فيما يتعلق باسترخاء الأجزاء السفلي من الجسم والساقين. وقد استطاع المريض بعد أسابيع قليلة من أن يتغلب على مشكلة القذف السريع وبالتالي كل جوانب القلق التي كانت تحيط بها. كذلك هناك بعض التقارير التي تبين نجاح استخدام هذا الأسلوب

في حالات الصداع النصفي والأرق.

وتبين دراسات أخرى أن التدريب على الاسترخاء يؤدي إلى تغيير في مفاهيم المرضى عن ذواتهم (مفهوم الذات) فيصبحون بعد تعلم الاسترخاء أكثر ثقة بالنفس، ربما بسبب القوة التي يمنحها الاسترخاء لهم وما يعلمه لهم من قدرة على ضبط الذات، والتحكم في التغييرات الجسمية.

الإجراءات:

تتفاوت إجراءات الاسترخاء العضلي من حيث الطول.. فبعض التدريبات قد تستغرق نصف ساعة خاصة في البداية. والبعض الآخر قد يستغرق عشر أو خمس دقائق بحسب خبرة الشخص ونجاحه في ممارسة التدريبات.. والتدريب الذي ستأتي الإشارة له في تذييل هذا الفصل يستغرق نصف ساعة.. وهو تدريب من شأنه أن يطلع الشخص ويمكنه من كثير من الفوائد التي يجنيها من الاسترخاء. وسواء بدأ الراغب في ممارسة التدريب ممارسته بتوجيه من المعالج وبحضوره أو بتوجيه ذاتي فان الخطوات التالية ذات فائدة جمة:

1- استلق في وضع مريح عند بداية التدريب.. وتأكد من هدوء المكان وخلوه من المشتتات.

2- المكان الذي سترقد عليه يجب أن يكون مريحا.. ولا توجد به أجزاء نافرة أو ضاغطة على بعض أجزاء الجسم.

3- ليس بالضرورة أن تكون راقدا أو نائما.. بل يمكن البدء في التدريبات وأنت جالس في وضع مريح.. (وربما وأنت واقف في بعض الحالات).

4- ابدأ بتدريب عضو واحد في البداية على الاسترخاء ويفضل أن يكون الذراع كما في الخطوات الآتية.

5- اغلق راحة يدك اليسرى بإحكام وقوة.

6- لاحظ أن عضلات اليد ومقدمة الذراع اليسرى تنقبض وتتوتر وتشتد.

7- افتح راحة يدك اليسرى بعد ثوان معدودة، أرخها وضعها في مكان مريح على مسند الأريكة. لاحظ أن العضلات أخذت تسترخي وتثقل.

8- كرر هذا التمرين عددا من المرات حتى تدرك الفرق بين التوتر والشد العضلي في الحالة الأولى.. والاسترخاء الذي ينجم بعد ذلك عندما

تفرد راحة يدك اليسرى، والى أن تتأكد من أنك أدركت الفكرة من الاسترخاء العضلي.. وانه بإمكانك ضبط عضلات راحة يدك اليسرى.

9- كرر هذا التمرين (الشد والإرخاء) مع بقية العضلات الأخرى بحسب ما هو موضح في التذييل.

10- بعد اكتساب القدرة على التحكم في التوتر العضلي والاسترخاء في جميع أعضاء الجسم عضوا فعضوا بالطريقة السابقة.. سيمكنك في المرات التالية استغراق وقت أقل في ذلك.

11- اكتساب القدرة على الاسترخاء بهذا النظام سيمكنك في مواقف تالية من التحكم في الاسترخاء العضلي.. في مناطق معينة من الجسم فقط. فعندما تحتاج بعض المواقف إلى الإبقاء على بعض العضلات في حالة انتباه وتوتر ويقظة.. من الممكن الإبقاء على العضلات الأخرى غير المستخدمة لهذا الغرض في حالة استرخاء. في مواقف قيادة سيارة مثلا تحتاج لعينيك وقدميك ويديك في حالة من التأهب.. لكن بالطبع يمكنك الإبقاء (وأنت تقود سيارتك) على بعض العضلات الأخرى في حالة استرخاء مثل عضلات الكتفين، والظهر، والبطن، والساقين.. لاحظ أنه يمكنك أن تكون مسترخيا وأنت في قمة النشاط.

12- من المهم أن تستخدم قوة الإيحاء والتركيز الفكري لمساعدتك على الوصول إلى إحساس عميق بالاسترخاء العضلي في لحظات قصيرة. لهذا من المفيد أن تدرب التفكير على التركيز في عمليات الشد والاسترخاء العضليين بالطريقة السابقة.. إذا وجدت أن تفكيرك يهيم في موضوعات أخرى أرجعه إراديا إلى الإحساس بالجسم.

13- لا تيأس إذا عجزت عن الوصول إلى حالة عميقة من الاسترخاء.. فان التكرار من شأنه أن يمكنك من ضبط الجسم بإبقائه في حالة استرخاء أن عاجلا أو آجلا.

تذييل
تدريب على الاسترخاء العضلي بطريقة منظمة

فيما يلي نموذج للتدريب العضلي أخذناه من مصادر متعددة لأنه يجمع مزايا كثير من الطرق من ناحية، ولان خبرتنا تدل على فاعليته من ناحية أخرى(*3):

«استلق الآن على مكان مريح أريكة أو كرسي أو سرير وفي وضع مريح لجسمك كله بقدر استطاعتك، أغمض عينيك، أصغ إلي. سأنبهك الآن لبعض الاحساسات أو التوترات في جسمك وسأبين لك بعدها انه باستطاعتك أن تقلل منها وان تتحكم فيها .. جميل!. أن جسمك الآن لا يزال في وضعه المريح ولا تزال عيناك مغمضتين في استرخاء لطيف (لحظة صمت). وجه انتباهك إلى ذراعك اليسرى أولا .. كل انتباهك الآن وتركيزك على ذراعك اليسرى الذراع اليسرى بشكل خاص، اغلق راحة يدك اليسرى.. أغلقها بإحكام وبقوة (لحظة صمت) لاحظ أن عضلات يدك الآن وعضلات مقدمة الذراع اليسرى تنقبض وتتوتر، وتشتد. انتبه لهذا التوتر والشد. لاحظه. والآن دع هذا. افتح يدك اليسرى وأرخها وضعها على مكان مريح على مسند الأريكة أو وسادة ولاحظ الفرق بين ما كانت عليه من شد وتوتر وما هي عليه الآن من استرخاء (عشر ثواني صمت). والآن مرة أخرى كرر هذا. اغلق راحة يدك اليسرى بإحكام وبقوة، ولاحظ التوتر والشد من جديد. لاحظه. ثم من جديد دع هذا كله. افتح يدك اليسرى ودعها في وضعها المريح ولاحظ ما كانت عليه من توتر وما هي عليه الآن من استرخاء. (10 ثواني صمت)».

لنتجه الآن ليدك اليمنى. اغلق بإحكام راحة اليد اليمنى. ولاحظ التوتر في اليد اليمنى والذراع (5 ثواني صمت). والآن استرخ، استمر في وضعك

المريح وأرخ يدك اليمنى. لاحظ الفرق فيما كانت عليه من توتر وما هي عليه الآن في وضعها المريح. استمتع بهذا الانتقال وحاول أن تتذوقه (10ثوان). كرر هذا من جديد اغلق راحة يدك اليمنى بإحكام وقوة. لاحظ هي عليه من شد وتوتر. أرخها ودعها في وضع مريح فاردا أصابعك باسترخاء. لاحظ أيضا أن هناك تنميلا ولينا قد بدأ ينتشر في ذراعيك اليمنى واليسرى. كلا ذراعيك الآن قد بدأ يسترخيان.. ويسترخيان.

والآن دعنا نتجه إلى راحة اليد. اثن راحتيك كليهما إلى الخلف إلى أن تشعر بالشد والتوتر في المعصم وظهر اليد. ادرس هذا التوتر، ولاحظه. والآن استرخ وعد بمعصميك إلى وضعهما المريح، ولاحظ الفرق بين التوتر والاسترخاء (عشر ثوان). كرر هذا مرة أخرى. معصمك إلى الخلف والشد في مقدمة الذراع وخلف راحة اليد. ثم استرخ وأرخ معصميك.. عد بهما إلى وضعهما المريح.. دع نفسك على سجيتها. واشعر باسترخاء اكثر وأكثر.

والآن أطبق بإحكام كفيك، واثنهما في المقدمة في اتجاه الذراعين إلى أن تشعر بتوتر عضلات أعلى الذراعين في ذلك الجزء الممتد من الرسغ حتى الكوع. حاول أن تدرس التوتر وأن تحسه. والآن استرخ. اسقط ذراعيك بجانبيك ولاحظ الفرق بين التوتر السابق في عضلات الذراع وما هي عليه الآن من الاسترخاء النسبي الذي تحسه الآن. (عشر ثوان صمت) كرر هذا مرة أخرى. اقبض كفيك بإحكام وأثنهما في اتجاه الكتفين، محاولا أن تلمسهما بقبضتك. توقف واسقط ذراعيك واسترخ. اشعر بالتناقص بين التوتر والاسترخاء. دع تلك العضلات على سجيتها أكثر فاكثر (عشر ثوان).

والآن دعنا نتحول إلى منطقه أخرى أي الكتفين، ارفع كتفيك كما لو كنت تريد لمس أذنيك بكتفيك. لاحظ التوتر الذي يظهر في الكتفين وفي عضلات الرقبة ادرس هذا التوتر ولاحظه. توقف استرخ عائدا بكتفيك إلى وضع مريح. دع عضلاتك على سجيتها اكثر فأكثر. لاحظ من جديد الفرق والتعارض بين التوتر السابق والاسترخاء الذي بدأ ينتشر في الكتفين (عشر ثوان). كرر ذلك مرة أخرى. ارفع كلا الكتفين كأنك تريد أن تلمس بهما الأذنين. لاحظ التوتر في الكتفين والرقبة. ادرس هذا التوتر في تلك العضلات. والآن استرخ. إرخ عضلات كتفيك، وعد بهما إلى وضع مريح. ادرس التعارض بين التوتر والاسترخاء من جديد (عشر ثوان).

تستطيع أيضا أن تتعلم كيف ترخي مختلف عضلات وجهك. الآن عليك أن تغمض أو تجعد جبهتك وحاجبيك إلى أن تشعر بأن عضلات الجبهة قد اشتدت وان جلدها قد (تكرمش). والآن استرخ، وعد بعضلات الجبهة إلى وضعهما المسترخي. أرخها أكثر فأكثر (عشر ثوان). كرر هذا من جديد غضن جبهتك. ولاحظ التوتر في منطقة الجبهة، وأعلى العينين. والآن أرخ الجبهة، واسترخ بعضلاتها. ولاحظ من جديد التعارض بين التوتر والاسترخاء في الجبهة (عشر ثوان).

والآن أغلق عينيك بإحكام. أغلقهما بإحكام وقوة حتى، تشعر بالتوتر قد اخذ يشمل كل المنطقة المحيطة والعضلات التي تحكم حركات العينين (خمس ثوان). والآن دع تلك العضلات ولاحظ التعارض بين التوتر السابق والاسترخاء (عشر ثوان). كرر هذا من جديد. أغلق عينيك بإحكام وقوة. التوتر يشملهما. استمر (5 ثوان). والآن استرخ.. ودع عضلات عينيك على سجيتها في وضعها المريح المغمض (10 ثوان).

والآن أطبق فكيك وأسنانك بإحكام كما لو كنت تعض على شيء. لاحظ التوتر في الفكين. (5 ثوان). والآن دع فكيك واسترخ ودع شفتيك منفرجتين قليلا، لاحظ التعارض بين التوتر والاسترخاء في منطقة الفكين (10 ثوان). مرة أخرى أطبق الفكين. لاحظ ما فيها من توتر (5 ثوان). والآن دع ذلك واترك نفسك على سجيتها، مسترخيا أكثر فأكثر (10 ثواني).

والآن اتجه إلى شفتيك، زمهما، واضغط بكل منهما على الأخرى بإحكام. جميل. اضغط كل منهما على الأخرى بكل ثقلك ولاحظ التوتر الذي بدأ ينتشر حول الفم والآن استرخ وأرخ عضلات شفتيك ودع ذقنك في وضع مريح. مرة أخرى اضغط شفتيك وادرس التوتر المحيط بالفم. استمر (5 ثوان). لاحظ كيف أن مختلف تلك العضلات قد بدأت تتراخى بعد هذا الشد والاسترخاء المتوالي. الآن كل يديك، وجهك، وذراعيك، وكتفيك، ومختلف عضلاتك جميعها مسترخية في وضع هادئ.

والآن لنتجه إلى الرقبة. اضغط برأسك إلى الخلف على المساحة التي تستند عليها. اضغطها إلى أن تشعر بتوتر في خلف الرقبة والجزء الأعلى من الظهر بالذات. استمر. ادرس ذلك. والآن دع ذلك، وعد برأسك إلى وضع مريح، وحاول أن تتمتع بالفرق بين التوتر والاسترخاء العميق الذي

أنت عليه الآن. استمر الآن فيما أنت فيه، اكثر فأكثر، وأعمق فأعمق بقدر ما تستطيع. كرر هذا من جديد شد برأسك إلى الخلف. ولاحظ التوتر المستثار. استمر في ذلك لحظة (5 ثوان) والآن دع تلك وانتقل إلى استرخاء عميق.. عميق (10 ثوان).

والآن مد رأسك إلى الأمام، كما لو كنت ستدفن بذقنك في صدرك. لاحظ التوتر الذي يحدث الآن في الرقبة. والآن استرخ. دع كل هذا واسترخ على سجيتك (10 ثوان). كرر ذلك. ادفن ذقنك في صدرك. استمر في ذلك قليلا (5 ثوان). والآن استرخ أكثر فأكثر (10 ثواني).

والآن إلى عضلات الجزء الأعلى من الظهر. قوس ظهرك. قوسه كما لو كان صدرك سيلتصق بالبطن. لاحظ التوتر في الظهر، خاصة في الجزء الأعلى. والآن استرخ، وعد بجسمك إلى وضعه الطبيعي، فاردا ظهرك في وضع مريح سواء أكنت على كرسي أم أريكة. ولاحظ الفرق بين التوتر السابق في الظهر والاسترخاء الحالي. (10 ثوان) مرة أخرى قوس الظهر. لاحظ التوتر المستثار. استمر قليلا (5 ثوان) والآن عد بعضلات ظهرك إلى وضعها المسترخي، تاركا كل شيء على سجيته (10 ثواني).

والآن خذ نفسا عميقا. شهيقا عميقا. لاحظ الآن أن التوتر قد بدأ ينتشر في الصدر وفي أسفل البطن. والآن استرخ وكن على السجية. وانفث الهواء. واستمر في تنفسك العادي. ولاحظ من جديد التعارض بين ما عليه الآن صدرك وبطنك من استرخاء وما كانا عليه من توتر (10 ثوان). أعد ذلك من جديد. خذ شهيقا عميقا، وأكتمه، ولاحظ التوتر، والعضلات التي تشتد. والآن ازفر وتنفس بطريقة عادية ومريحة، تاركا عضلات الصدر والبطن في استرخاء أكثر فأكثر كلما تنفست (10 ثوان).

والآن اقبض عضلات البطن. شدها إلى الداخل. حافظ على هذا الوضع قليلا. والآن استرخ، ودع تلك العضلات تتراخى. استرخ ودع نفسك على سجيتها (10 ثوان). اعد هذا من جديد شد عضلات بطنك بإحكام إلى أن تشعر بتوترها. لاحظ هذا التوتر وادرسه (5 ثوان). والآن استرخ، دع كل شيء يتراخى في عمق أكثر وأكثر. توقف عن أي شد، وتخلص من أي توتر في أي عضل ولاحظ التعارض بين التوتر والاسترخاء الحالي (10ثوان).

والآن أفرد ساقيك وأبعدهما بقدر ما تستطيع. أفردهما حتى تلاحظ

التوتر المستثار في منطقة الفخذ (5 ثوان). والآن استرخ ودع ساقيك يسترخيان ولاحظ الفرق من جديد بين التوتر السابق للفخذين وما هما عليه الآن من وضع مريح، واسترخاء محسوس (10 ثوان). اعد هذا من جديد. ألصق ركبتيك، وابعد رجليك بقدر ما تستطيع حتى تحس بتوتر شديد في الفخذين (5 ثوان). والآن استرخ. أرخ عضلات جسدك.. دع كل الأعضاء على سجيتها تخلص من كل الشد الذي حدث في الفخذين (10ثوان).

والآن إلى بطن الساق. حاول أن تشد عضلاتها بأن تثني قدميك إلى الأمام في اتجاه الوجه. انتبه انك عندما تثني قدميك في اتجاه الوجه ستشعر بالشد والتوتر، والانقباضات العضلية في بطن الساق وفي القصبة على السواء. والآن استرخ. عد بالقدمين إلى وضعهما السابق، ولاحظ من جديد الفرق بين الشد والاسترخاء (10 ثوان). والآن هذه المرة: اثن قدميك إلى الخلف في اتجاه رسغ القدم، محاولا أن تجعل أصابع القدمين ممتدة في اتجاه الرأس ولاحظ الشد في قصبة الساقين وبطنهما. استمر قليلا. والآن عد إلى سجيتك مسترخيا بكل عضلاتك إلى وضعهما السابق. ساعد نفسك على الاسترخاء أعمق واعمق من قبل (10 ثوان).

والآن إن كل المناطق الرئيسية في جسمك مسترخية تقريبا. وأنت تلاحظ الفرق بين التوتر والاسترخاء. ونلاحظ أنك تستطيع أن تشد عضلات أعضائك وان توترها وبنفس القدر تستطيع أن تسترخي بجسمك كله. انك تسترخي، وإذا لم تكن بعض أعضائك مسترخية فحاول أن ترخها. راجع معي من أسفل إلى أعلى كل عضلات أعضائك إذا لم تكن مسترخية فأرخها حالا.. لنبدأ بعضلات القدم وبطن الساق والرسغ جميعها مسترخية (5 ثوان). أرخ عضلات الفخذين، والركبة وبطن الساق، القصبة... (5 ثوان). العجز والردفين (5 ثوان) البطن وأسفل الظهر والوسط (5 ثوان) أعلى الظهر، والصدر، والكتفين (5 ثوان)، راحة اليد والأصابع والذراعين (5 ثوان) الرقبة والزور (5 ثوان).. جبهتك مسترخية (5 ثوان).. كل عضلات الجسم مسترخية ومستلقية في وضع مريح.. والآن استمر في هذا الوضع المريح وسأعد من واحد إلى عشرة.. وفي كل مرة حاول أن تسترخي أعمق فأعمق.. 1، 2، 3، 4، 5، 6، 7، 8، 9، 10. جميل انك قد أخذت قسطا وافيا

من الاسترخاء الآن.. وسأعد تنازليا من خمسة إلى واحد وعندما أصل إلى واحد ستفتح عينيك، وتجلس، وتستيقظ في نشاط هادئ 5، 4، 3، 2، 1 عيناك مفتوحتان، وأنت الآن في كل يقظتك وفي كامل نشاطك دون قيود.

الخلاصة

جميع الناس تقريبا تستجيب للاضطرابات الانفعالية والقلق بتغيرات وزيادة في توترات عضلات الجسم. ومن شأن هذا التوتر أن يضعف من قدرة الكائن على المقاومة أو الاستمرار الكفء في نشاطه الجسمي والعقلي، بل ويجعله أكثر استهدافا لمزيد من الانفعال والاضطراب والخوف والسلبية.. وتشيع حالات التوتر العضلي بين المرضى النفسين والعقلين أكثر من شيوعها بين الأسوياء والناجحين اجتماعيا والقادرين على ممارسة أنشطة الحياة بكفاءة. ويصطحب كل اضطراب انفعالي بتوتر نوعي في بعض عضلات الجسم.. فالقلق يصطحب بتوتر في عضلات الرأس (الصداع)، والإحساس بالذنب بتوتر في عضلات الظهر (كآلام الظهر)... الخ. ويستجيب المرضى النفسيون والعقليون بتوترات عضلية عامة قد تشمل الجسم كله. ويقدم هذا الفصل بعض الأساليب للمساعدة في السيطرة على التوترات العضلية وتحقيق الاسترخاء العضلي. ويوضح أنه بإمكان الإنسان أن يتعلم وسائل من شأنها أن تساعده على تحقيق هذا الاسترخاء. ويؤدي نجاح الشخص في تعلم الاسترخاء العضلي إلى تغيرات شاملة في الشخصية والى مزيد من الكفاءة والنضج في مواجهة مشكلات الحياة وتأزماتها الاجتماعية والنفسية والجنسية. وعرضنا للإجراءات التي يمكن استخدامها لتحقيق اكبر قدر ممكن من الاسترخاء العضلي العميق وأحد التدريبات المهمة لذلك.

مراجع وتعليقات

(1) Jacobson, E. Progressive relaxation. Chicago: U. of Chicago Press, 1929.

(2) Jacobson, E. Variation of Blood-Pressure with Skele-tal Muscle tension and relaxation. Annual Internal Medicine, 1939, 12, 1194.

(3) Jacobson, E. Anxiety and tension 3. control. Philadelphia: Lippincott, 1964.

(4)Wolpe, J. & Lazarus, A. Behavior therapy thecniques.London: Pergamon. 1966.

(5) Beech, H. R. Changing Man's behavior. London: Pelican Books, 1972.

(6) Clark, D. F. The Treatment of Phobia by systematic desensitization, Behavioral research and therapy. 1963,1,63.

(7) Davison, G. The influence of systematic desensitization relaxation, and graded exposure to imaginal stimuli in the modification of phobic behavior, J. of Abnormal. Psychology 1966,

(8) Eysenck, H.: Behavior Therapy 8.and the neurosis. Lon don: Pergamon Press, 1966.

(9) Eysenck, H. J. & Rachman, S. The causes and cures of neurosis. London: Routledge & Kegan Paul, 1965.

(10) Lomont, J. F. & Edwards, J. E. The role of relaxation in systematic desensitization, Behavior Research and Therapy, 1967, 5, 11-25.

(11) Rachman, S. systematic desensitization. Psychological Bulletin, 1967, 67, 93-103.

(12) Tasto, D.L. Muscle relaxation treatment for primary therapy. Behavior Therapy, 1974, S, 668-672.

(13) Weiss, R. M. The relative efficasy at deep muscle relaxa tion in the modification of headaches. Paper presented-at the 82nd Annual Convention of the American Psychological Association New Orleans, 1974.

(14) Wolpe, J., Salter, A. & Reyna, A. (Eds.), Conditioning therapies. New York: Holt, Rinehart & Winston, 1964.

الحواشي

(*) على سبيل المثال تبين أن كثيرا من الجنود في الحروب يفقدون السيطرة على ضبط التبول والتبرز.

(*1) حاصة في المواقف التي يتم فيها التدريب على الاسترخاء بحضور المعالج، ولا ينطبق هذا بالطبع على المواقف التي يمارس فيها الشخص الايترخاء بمفرده.

(*2) فصام البارانويا: حالة من حالات الاضطراب العقلي التي تتملك فيها الشخص معتقدات وأفكار خاطئة قد تكون مصدر للخطر على الشخص نفسه أو على البيئة. كسيطرة مشاعر وأفكار اضطهادية, أو عظمة بطريقة تفسد من إدراك الواقع وتشوه منه(انظر الفصل الأول).

(*3) أشرنا إلى أنه يمكن القيام بتسجيل ذلك بصوت هادئ وعميق, بالرغم من أن الرجوع لخبير في العلاج النفسي من هذا النوع اكثر فائدة.

5 أسلوب تأكيد الذات الحرية الانفعالية

اشتكى شاب في الثامنة والثلاثين من العمر من مشاعر حادة بالاكتئاب والانقباض، ووصف نفسه بأنه لا يصلح لتولي مسؤوليات عمله. وبالرغم من تفوقه الشديد في المحاسبة والاقتصاد، إلا أنه لم يتلق أي ترقيات تذكر في عمله. وقد أوضح أنه يشعر بالإحباط وانخفاض في روحه المعنوية. وقد لقي ترقية تافهة في مؤسسة ضخمة في الوقت الذي ذهب فيه طالبا العلاج. لقد كانت تلك الترقية صدمة بالنسبة لرجل بهذه المؤهلات الممتازة، وكان ذلك ما دفعه مباشرة لطلب العلاج السلوكي كملجأ أخير لمعاناته.

وقد اتضح منذ بداية الجلسة العلاجية الأولى أن هذا الشاب يفتقر افتقارا شديدا لتأكيد الذات والثقة بالنفس. ولهذا أعطاه المعالج كتابا مشهورا في هذا الموضوع(*)، ونصحه بان يقرأ بعض فصول الكتاب، وأن يعد نقدا لها في الجلسة التالية. وقد عاد المريض للجلسة التالية بعد أن نفذ ما طلبه منه المعالج وأوضح بأنه يشعر بأن لا أمل له بالمرة في المستقبل.

حاول المعالج أن يمده بكل التشجيع والثقة، لكن حذره في نفس الوقت من التداعي والانهيار السريع. وفي الجلسة التالية بين شابنا أن ترقيته في العمل هي السبب الرئيسي وراء كل المتاعب التي يتعرض لها، وأن الترقية الملائمة ستجعله قادرا على اكتساب الثقة بالنفس وتأكيد الذات. «أنني أشعر بأنني ما لم أحصل على حقي في العمل، فان أي محاولة منك أو مني للعلاج لن تنتهي إلا بضياع وقتينا معا».

أوضح ا المعالج له بأن افتقاره لتأكيد ذاته في العمل هو السبب وليس النتيجة لكل المتاعب والفشل الذي يواجهه في العمل، وان تقدمه المهني يتلو قدرته على تأكيد ذاته ولا يسبقها. لقد كان واضحا أن المريض يحاول أن يستخدم موقف العمل كمحك وحيد مسؤول عن تقدمه وتحسنه بشكل عام.

وقد بين التحليل الدقيق أن ظروف الترقية والتقدم في المؤسسة التي يعمل فيها الشاب محدودة للغاية. وكان من الواضح أن الحل الأمثل هو أن يترك المكان الذي يعمل فيه حاليا إلى مكان آخر به ظروف أفضل للترقية. لكن المريض رفض ذلك مبررا بأنه يشعر بالتهديد وعدم الأمان عندما يعمل في بيئة غير مألوفة إليه. وقد كشفت الاستفسارات التالية بان الشاب يخشى فكرة المقابلة الشخصية التي تعقد مع مديري العمل قبل تعيينه. وهنا جعل المعالج هذه النقطة بؤرة اهتمام للتدريب على تأكيد الذات مستخدما أساليب لعب الأدوار بالشكل الآتي:

طلب المعالج منه أن يتصور أن المعالج نفسه هو مدير عمل في مؤسسة وأن المريض الآن في موقف مقابلة مع هذا المدير للترشيح لهذا العمل. وبناء على هذا طلب من المريض أن يترك حجرة العلاج وأن يتجه إلى الباب طالبا الإذن بالدخول لعقد المقابلة.

وعندما أذن المعالج للمريض بالدخول، فتح المريض الباب واقترب من المكتب بتردد وبحذر. وعندئذ قطع المعالج هذا الإجراء لكي يعكس للمريض الطريقة الخنوعية التي دخل بها، والتعبيرات المستكينة، ونظرات العينين المنكسرة، وغير ذلك من مظاهر التوتر. لهذا طلب منه أن يجلس على المكتب بدلا منه وأن يمثل دور المدير وأن يمثل المعالج دور المتقدم للعمل طالبا منه في نفس الوقت أن ينتقده بعد انتهاء الدور. وعند قيام المعالج

بهذا الدور حاول أن يرسم شكل دخوله للمكتب بطريقة الإنسان المتأكد والواثق، طالبا من المريض أن يلاحظ كل جوانب السلوك التي تصدر عنه سواء من حيث وضع الجسم أو طريقة السير، أو نظرات العينين ومتى يجب أن تلتقي بعين المدير ومتى يجب أن لا تلتقي.

وقد تكرر هذا الإجراء عددا كبيرا من المرات حتى استطاع أن يقرب من المدير القابع خلف مكتبه (المعالج)، وقد خلت تعبيراته وملامحه من كل مظاهر المسكنة والقلق. كذلك دربه المعالج على أساليب مختلفة من المقابلات لأنماط مختلفة من المديرين: المدير الذي يقف من مكتبه لكي يلتقي به عند باب الدخول والمدير الذي يتركه بإهمال وهو يقرأ بعض الوثائق الهامة، والمدير الذي يحاول قاصدا أن يخفف من مظاهر توتره... وهكذا.

وبعد تطبيق هذا الأسلوب بدأ المعالج يركز على محتوى المقابلة فطلب من المريض أن يجيب على أسئلة تتعلق بمؤهلاته، وخبراته، وتاريخ حياته مسجلا هذه الإجابات على جهاز تسجيل. وقد طلب منه بعد ذلك أن يضع نفسه في موقع مدير العمل، وأن يقرر ما إذا كان سيقبل المتقدم لهذا العمل بناء على هذه المقابلة المسجلة أم لا. لقد كان واضحا من التسجيل أن قدرة المريض على التغيير من تعبيراته وملامحه وطريقة دخوله للمكتب لم تشمل بعد طريقة كلامه المترددة عن إمكانياته وخبراته. لقد كان ببساطة يقلل من قدرة نفسه، فبدلا من أن يؤكد على خبراته الممتازة كان يغمغم بكلمات غير مفهومة وغير مؤثرة، وفيها من العموميات أكثر مما فيها من تركيز على الأشياء التي يتقنها. لهذا قام المعالج بعرض نفس هذه المعلومات بطريقة لفظية ناجحة، وطلب من المريض أن يعيد ذلك. ونتيجة لهذا أمكن للمريض أن يقدم إجابات ملائمة للأسئلة الخاصة التي كان يسأله إياها المعالج، في مواقف تلقائية.

استمرت هذه الإجراءات العلاجية مع المريض فترة قطع بعدها اتصاله بالمعالج لمدة شهرين. طلب بعدها جلسة أخرى. وقد دهش المعالج عندما دخل المريض حجرة العلاج هذه المرة وهو يقول للمعالج «انك تنظر الآن لرئيس وحدة المحاسبين في شركة (كذا)». وأخذ يصف بعد ذلك كيف أنه تقدم لأكثر من إعلان، وعقد أكثر من مقابلة شخصية، وكيف أنه نجح أخيرا في الحصول على عمل بأجر أعلى مما نص عليه الإعلان.

لقد قرر المريض بأنه قد شفي الآن من مشكلته، ولو أن المعالج كان يرى بأنه لا زالت هناك بعض الجوانب في سلوكه تحتاج لتدريب آخر على الثقة بالنفس[*1].

ومع ذلك فقد تلقى المعالج مكالمة تليفونية بعد عامين من نفس المريض يخبره فيها بأنه قد أصبح مستشارا اقتصاديا في إحدى الشركات[1].

تمثل الأساليب العلاجية التي استخدمت مع الحالة السابقة نمطا رئيسيا من أنماط العلاج السلوكي الحديث، وهو ما يسمى بالعلاج عن طريق تأكيد الذات.

ويشير مفهوم «تأكيد الذات» إلى معنى أكثر اتساعا مما نلاحظه في حالة الشاب السابق، فهو لا يشير إلى أن يؤكد الشخص نفسه أو أن يدرب نفسه على الاستجابات السلبية، والسيطرة وإعطاء الأوامر والتحكم في الآخرين فقط، بل وأن يكون قادرا على التعبير عن عواطفه الإيجابية بشكل عام، كالتعبير عن الصداقة، والود، والإعجاب، والشكر وغير ذلك. ولعل المنطق الذي يكمن وراء هذا المعنى واضح للقارئ. ذلك لان المريض النفسي الذي يعاني من العجز عن تأكيد ذاته (وما أكثر شيوع ذلك بين العصابيين) يعجز حقيقة عن التعبير عن ذاته سواء في المواقف التي تحتاج منه لإظهار العدوان والغضب، أو المواقف التي تحتاج لإظهار التأييد، والود، أي في مواقف التعبير السلبي والإيجابي على السواء، مما يحوله إلى شخصية تافهة وباهتة. ومن المؤسف مع هذا أن نجد أن كثيرا من الكتاب، والمعالجين النفسيين يفهمون طريقة «تأكيد الذات» من وجهة واحدة، أي من حيث هي مظهر من مظاهر التعبير عن العدوان والغضب، والضيق والرفض، إلى غير ذلك. وبالرغم من أن «لازاروس» أستاذ العلاج السلوكي بجامعة راتجرز وهو من أشهر المعالجين استخداما لهذا الأسلوب، لا يغفل عن الطبيعة الثنائية في مفهوم تأكيد الذات، فان الكاتب يلاحظ إن كثيرا من أساليب هذا المعالج العلاجية تتجه للأسف نحو تدريب مرضاه على العدوان[2] والغضب والرفض.. (ولو أن هذا يشيع كثيرا بين غيره من المعالجين). إن أسلوب تأكيد الذات أهم من هذا ويعني بشكل عام حرية التعبير الانفعالي وحرية الفعل على السواء، سواء كان ذلك في الاتجاه الإيجابي (أي في اتجاه التعبير عن الأفعال والتعبيرات الانفعالية الإيجابية الدالة على

الاستحسان و التقبل، وحب الاستطلاع، والاهتمام، والحب، والود، والمشاركة، والصداقة، والإعجاب)، أو في الاتجاه السلبي (أي في اتجاه التعبير عن الأفعال والتعبيرات الدالة على الرفض وعدم التقبل، والغضب، والألم، والحزن، والشك، والخوف والأسى). لهذا فإننا نتفق مع لازاروس في أن مفهوم الحرية الانفعالية يبدو قادرا أكثر من مفهوم تأكيد الذات على استيعاب هذه العناصر المتعددة من التعبير. بالرغم من هذا فإننا قد نستخدم مفهوم تأكيد الذات في هذا الفصل لتحقيق التناسق مع الكتابات النفسية عن هذا الموضوع، لكن يجب أن يكون واضحا في ذهن القارئ في نفس الوقت بأننا نشير إلى المعنى الإيجابي والسلبي الذي قد يلائمه اكثر مفهوم الحرية الانفعالية.

والعلاج النفسي السلوكي طريقة تأكيد الذات لا يجب أن يقتصر إذن على تعلم الناس التعبير عن احتياجاتهم، وحقوقهم، وعدوانهم (ولو أن هذا ضروري في كثير من حالات الفصام الخفيفة، وعدم الثقة بالنفس، والانسحاب، والشعور بعدم كفاءة الشخصية). لكن التوازن في التعبير عن الحرية الانفعالية يجب أن يتضمن أكثر من هذا، أي أن يتضمن تدريب الشخص على الجانب الآخر أي التعبير الإيجابي. وعلى سبيل المثال فقد لاحظنا في تعاملنا مع المرضى العقليين (وبعض المرضى النفسيين أيضا)، أنهم يستطيعون التغبير عن المعارضة، والرفض، والمعاندة، كذلك يميلون للنقد اللاذع، والسخرية، ويعتنقون بشكل عام اتجاها عدوانيا نحو الناس والمعالج على السواء. لكنني كنت ألاحظ عجزهم الشديد وتخلفهم النفسي العميق عندما كان يتطلب الأمر منهم التعبير عن المودة أو الإعجاب بفكرة معينة، أو مدح سلوك طيب، أو تأييد رأي جيد. في مثل تلك الحالات من الضروري التدرب على حرية التعبير الإيجابي باستخدام عبارات مثل (أنني معجب بالكلمة التي قلتها في ذلك الاجتماع)، أو «لقد قمت بعمل ممتاز حقيقة»، أو «أنني فخور بصداقتي لك»، و «أحب طريقتك في الحديث...الخ».

ومع ذلك فان كثيرا من الأشخاص يجدون صعوبة في التعبير الإيجابي مهما حاولنا أن ندربهم على ذلك، وقد يصبح بعضهم دفاعيا ومتهكما. وقد يبرر عجزه بأن أفعاله تدل على الحب، وأنه لا يحتاج إلى التعبير عن ذلك. لكن الخبرة تبين لنا أن التطابق بين الفعل والكلمة أمر ضروري للصحة

النفسية. فقد تستمتع بالأصدقاء والجلوس والحديث معهم وزيارتهم في منازلهم، لكن تعبيرك عن ذلك صراحة في كلماتك لهم قد يكون من أكثر العوامل إشباعا لك ولهم، بإطلاق حرية التعبير الانفعالي بجانبيه الإيجابي والسلبي.

و قد يتصور البعض أن التعبير الإيجابي عن الانفعال قد يعني النفاق والخداع والتلاعب بمن هم حولنا. لكن الفرق بين التصورين فرق كبير حقيقة. ففي حالات النفاق والتلاعب، وخداع الناس بإعطائهم صورة مضللة غالبا ما يكون الهدف تحقيق منفعة شخصية، قد يكون تحقيقها على حساب الصحة النفسية للشخص لكن تكوين عادات الحرية الانفعالية يعني القدرة على إعطاء عائد صادق وأمين، أي أن يكشف الشخص عن مشاعره الحقيقية وأن يفعل ذلك في صراحة وانفتاح. ونتائجها بهذا المعنى غالبا ما تعود بانخفاض في مستوى القلق، ومقدرة على تكوين علاقات وثيقة وإنسانية، واحترام للذات، ومقدرة على التكيف الاجتماعي الفعال.

الأساس العلمي، والتطور التاريخي لمفهوم تأكيد الذات:

لكي نلم بالأساس النظري العلمي للتدريب على تأكيد الذات، علينا أن نرجع قليلا لنظرية «بافلوف» في التعلم.

لقد برهن بافلوف على أن إفراز اللعاب لدى كلاب معمله والذي يحدث آليا عند تعرض هذا الحيوان لمنبه معين من شأنه إرضاء هذا السلوك (كالطعام) يمكن أن يحدث بنفس القدر نتيجة لمنبه آخر (صوت جرس أو ضوء) وإذا ما ظهر هذا المنبه الآخر مصاحبا للمنبه الأصلي (وهو الطعام والذي يطلق عليه بافلوف اسم المنبه الأصلي). وفي النهاية نجد أن المنبه الشرطي (صوت الجرس أو الضوء) من شأنه وحده أن يثير نفس الاستجابة (إفراز اللعاب). ليطلق بافلوف على عملية التعلم هذه مفهوم التعلم الشرطي.

وبالرغم من العبقرية والكفاءة التي صاغ بها بافلوف نظرياته عن التعلم الشرطي إلا أن كثيرين أخذوا عليه بعد ذلك هذا التصور الآلي الميكانيكي للسلوك، ومع ذلك فان التجربة السابقة قد تساهم في إعطاء صورة مضللة لإنجازات «بافلوف»، ذلك لان هناك جوانب أخرى من هذه النظرية تجعل منها ذات دور هام في التطور بالسلوك الإنساني بمفاهيم أكثر اتساعا

وانفتاحا.

منها ما اكتشفه «بافلوف» من أن هناك خصائص موروثة من شأنها أن تساعد الناس والحيوانات على سرعة تكوين عادات التعلم الشرطي، وان هناك خصائص أخرى تعوق ذلك. وبناء على هذا التصور نجده يميز بين خاصتين رئيسيتين للجهاز العصبي هما:

1- الاستثارة Excitation وهي عملية تتعلق باستثارة المخ، ومن شأنها توليد نشاطه، وتيسير تكوين استجابات شرطية جديدة.

2- عملية معارضة للاستثارة ومن شأنها التقليل من النشاط والتعلم الجديدين ويطلق عليها عملية الكف Inhibition[3].

ومن المتفق عليه أن المخ (مركز هذه العمليات) يجب أن يبقى في حالة من التوازن والتعادل بين الكف والاستثارة حتى تتحقق الشروط الفسيولوجية المتعلقة بالصحة النفسية. فالاستمرار في استثارة مستمرة يهدد بقاء الإنسان، وينتهي بمضاعفات خطيرة في المخ. أما الوقوف على حالة الكف فإنها أيضا تؤدي إلى اضطرابات سيكولوجية كالخمول النفسي، وانخفاض الطاقة، ومشاعر عدم الكفاءة.

ومنذ أن صاغ «بافلوف» هذا التصور قام عدد من علماء العلاج النفسي السلوكي بتوظيف هذه المبادئ للخدمة النفسية والعلاج. ولعل من أبرز الأسماء التي يذكرها تاريخ العلاج النفسي - «ساتر» الذي كان أستاذا بجامعة نيويورك حتى وفاته سنة 1949. لقد استطاع «ساتر» أن يستخدم نظرية بافلوف بنجاح في منهج من مناهج العلاج النفسي أثر على كل المناهج الحديثة في العلاج السلوكي.

التحرر من الكف والقيود الانفعالية:

ويطلق ساتر على منهجه في العلاج اسم «العلاج بطريق الفعل المنعكس الشرطي» منطلقا تماما من مفاهيم نظرية «بافلوف» يقول «ساتر:

«فكما أن كلب «بافلوف» تعلم أن يفرز اللعاب عندما يدق الجرس، كذلك الطفل الإنساني يتعلم أنواعا كثيرة من السلوك بطريقة شرطية من بيئته، ومن غير إرادته. فإذا ما كانت جميع أفعال الطفل تقابل من الأم بأوامر رافضة «لا.. لا تفعل هذا»، فان الطفل سيكف انفعالاته وينسحب إلى

نفسه، تماما عندما كان المجرب في تجارب «بافلوف» يعاقب الكلب بسبب إفراز اللعاب. وبتعبير «بافلوف» فان إفراز اللعاب عندما يدق الجرس مؤذيا بظهور الطعام يعتبر مثالا للاستثارة الشرطية. أما إذا اخذ الجرس يدق مرة تلو الأخرى، دون أن يصحبه طعام، أو إذا عاقبنا الحيوان عندما يرن الجرس بدلا من تقديم اللحم، فان إفراز اللعاب سيتوقف وهذا يعتبر مثالا للكف الشرطي».

وبناء على هذا التصور نجده يميز بين نمطين من الشخصية الإنسانية: الشخصية المكفوفة أو المقيدة وهي شخصية منسحبة، وحبيسة لانفعالاتها، وعاداتها، وتقاليد المجتمع وعاداته، والشخصية المنطلقة أو المستثارة، وهي شخصية تلقائية، وإيجابية، ومباشرة، وخلو من القلق:

«الاستثارة قانون أساسي من قوانين الحياة، والعصاب نتاج لكف الدفعات الطبيعية التي تحكمها هذه القوانين».

أما لماذا تزداد عمليات الكف عند البعض وتزداد عمليات الاستثارة عند البعض الآخر، فان هذا يتعلق في الحقيقة بالخبرات الاجتماعية والتعلم في الطفولة وذلك لان:

«سلوك الطفل الصغير يتجه للاستثارة. فهو يتصرف من غير قيود. وإذا ما تركناه كذلك دون تدخل في مجرى سلوكه فيما عدا إرضاء حاجاته البيولوجية، فإن نمطه الاستثاري سيتطور في هذا الاتجاه. أما إذا بدأنا عمليات الكف مبكرا في حياة الطفل، فانه هنا تحدث المتاعب».

ولا يعني ذلك أن نرفض الكف تماما في السلوك لأن حياة الإنسان في مجتمع تتطلب ضرورة كفه لبعض التصرفات، لكن إفراط الحياة الحديثة بناء على مفاهيم تربوية خاطئة تفرط في هذا الكف وتتطرف في ممارسته، فعلى الطفل أن يكون «مؤدبا» في كل الأوقات، وان لا يعارض الآخرين، أو يقاطعهم، وأن يكون غيبا دائما، أي أن لا يكون بشكل عام إنسانا يخطئ بمقدار ما يصيب، بل أن عليه أن يكون مصيبا دائما. «أننا بهذا الشكل نفرض أنماطا من الكف الضرورية التي تسمح له بالحياة في المجتمع، لكن ماذا يتبقى له بعد ذلك من اجل سعادته الخاصة ؟».

وتهدف عملية العلاج النفسي وفق هذا التصور السابق إلى وضع أساليب للتغيير من نمط الكف إلى الاستثارة والانطلاق. ومن الطرق التي استخدمها

«ساتر:< التنويم المغنطيسي، وأساليب تأكيد الذات بهدف تمكين الشخص من التعبير عن انفعالاته بحرية. كذلك كان يعين لمرضاه أعمالا خاصة علاجية، يطلب منهم تنفيذها عند تفاعلهم بالبيئة وتكيفهم معها، كالتلقائية، والاسترخاء والتعبير المباشر عن المشاعر، وتغليب الفعل على التفكير، والأمانة، والصدق في السلوك.

وقد يختلط مفهوم الشخصية المنطلقة أو المستثارة بمفهوم الانبساط، والميول الاجتماعية، وحب الاختلاط. لكن «سالتر» يرى أن مفهومه يختلف عن ذلك كثيرا، فكثير من الأشخاص الذين يبدون للناظرين على أنهم اجتماعيون وذوو صداقات متعددة، وقدرة على التأثير في الآخرين والتفاعل الاجتماعي، هم في الحقيقة أبعد ما يكونون عن الصحة النفسية أي من حيث الأمانة، والصدق والحرية في التعبير الانفعالي:

«أن الإنسان يستطيع أن يكون مقيدا وهو في قمة النشاط الاجتماعي، وانه ليس من النادر أن تجد كثيرا من الأشخاص يثيرون حولهم الضجيج كبعض المحامين، والمهندسين، لكنهم من الناحية الانفعالية أبعد ما يكونون عن التكامل».

وعندما يكون المعالج النفسي ذاته قادرا على تأكيد ذاته وعلى التعبير الانفعالي الحر تكون فائدته لمريضه كبيرة، فهو يمنح مريضه نموذجا صحيا فعالا. فلنر كنموذج لذلك هذه الحالة:

حالة الشاب الممل والمعالج الحازم:

«المريض، ولنطلق عليه السيد (أ)، شاب طويل، ووسيم، وابن ثري. كان يبلغ من العمر في وقت العلاج خمسة وعشرين عاما، ويعد للحصول على الدكتوراه في علم الاجتماع. يتحدث بطريقة غامضة عن آماله، وأهدافه في إصلاح الإنسانية والنهوض بها. لكنه يشعر بأنه ممل، وأنه يفتقر إلى جاذبية الحديث. ومع ذلك فقد أبدى كل مظاهر اليقظة والنشاط، والتشويق أثناء الجلسات العلاجية، وان كان يتصرف بطريقة عنيدة خاصة عندما كان المعالج يختلف معه. وبالرغم من أنه قرر بأنه لا يشعر بصعوبة المواد الدراسية التي يدرسها، إلا أنه يجد صعوبة في التركيز، لان ذهنه «يتجول دائما هنا وهناك». يتقلب لساعات قبل أن يغرق في نوم متقطع. يريد من

المعالج أن يعلمه كيف ينوم نفسه مغنطيسيا حتى يتخلص من الأرق. وقد حاولت (أي المعالج) أن أعلمه بالفعل التنويم لكنني فشلت معه، لأن ذهنه كان يتجول في أشياء أخرى، ويقارن أساليب في التنويم بقراءاته في هذا الموضوع، وبالتالي بما يجب علي أن أفعله حتى أنجح في تنويمه. وعلى العموم فلم يحدث أي تقدم في هذه الوجهة».

«بدأت بعد ذلك أغير من طريقتي معه إلى طريقة حازمة، فبينت له أنني غير مسؤول تماما عن كل الأفكار التي تجول بذهنه ولا يهمني في قليل أو كثير. وبحزم أوضحت له، بأنني أنا السلطة العلاجية هنا، وأنه جاء ليستشيرني في مشكلاته لا لكي يقدم لي النصيحة فيما يجب أن أفعله أو لا افعله. وانه يجب أن ينفذ ما آمره به تماما إذا أراد أن ينجح في تعليم التنويم الذاتي. والحقيقة أنني أجد هذا المنهج الحازم فعالا خاصة مع هذا النمط من المرضى المدللين الذين أفسدتهم التربية بحيث يتعذر التواصل معهم إلا من خلال موقف انفعالي جديد».

«ويهوى المريض الموسيقى، وهو في الحقيقة صاحب أذن موسيقية مدربة. لهذا قررت أن أعدل من طريقتي في العلاج، وطلبت منه أن ينصت إلى طقطقة أصابعي ثم توقفت وسألت: هل لا زلت تسمع هذا الصوت في رأسك ؟ (بعد أن توقفت عن طقطقة أصابعي). فأجاب بالإيجاب».

«عندئذ قمت بقرعة خفيفة على مكتبي بقلمي. قائلا «هل تسمع هذا الصوت ؟». فأجاب بالإيجاب».

«قلت: «هذا جميل. والآن أنني أرى أن هذا الإجراء ضروري وسننطلق من خلاله في خطتنا العلاجية عندما أراك في المرة القادمة».

المريض: ألن تقوم بتنويمي اليوم ؟

ابتسمت ابتسامة خفيفة وقلت: «إذا أردت أن أساعدك، فيجب أن يكون ذلك بطريقتي الخاصة. أنني لا أنتظر أوامر منك توضح لي ما يجب أن أفعله الآن أو المرة القادمة».

«وربما يرى البعض أن هذا الأسلوب قد يخيف المريض وبالتالي ينفره من العلاج تماما، ولكن الخبرة علمتني بأن هذه افضل طريقة للتعامل مع المرضى الذين يحاولون أن يوجهوا الناس والعلاج بطريقتهم الخاصة. أن اختلافي هنا في الأسلوب وليس في المبادئ الرئيسية التي يجب أن ينتهي

إليها العلاج النفسي».

«لقد خرج الشاب وهو منزعج، لكن حبه لاستطلاع ما قد احمل له كان واضحا وهذا ما كنت أهدف إليه في الحقيقة».

«وفي الجلسة التالية: كررت مبينا له انه يجب ببساطة أن ينصت إلي وأن ينفذ ما أقول. أنني أسمح له بأن يضيع وقته، ولكنني لا اسمح له بأن يضيع وقتي، وانه ما لم يتعاون معي تماما فان عليه أن يتفضل بالخروج الآن».

المريض: لماذا، ما هو خطئي حتى ألقى هذه المعاملة ؟

المعالج: انك مخطئ لأنك تتصرف بما أنت عليه. هذا كل ما هناك. أن شراءك تذكرة دخول للمسرح لا تعطيك الحق في أن تختار الحوار للممثلين.

المريض: (يبتسم)..

المعالج: جميل... والآن أريدك أن تنظر إلى هذه البقعة المنعكسة من هذا الضوء (أشرت إلى وعاء لامع موضوع فوق مكتبي). هل ترى هذه البقعة الضوئية.

المريض: نعم.

المعالج: والآن في كل مرة اضرب لك فيها بأصابعي أريدك أن تنظر إلى هذه البقعة، وأن تغمض عينيك باسترخاء وبالتدريج. أريدك أن تغمضها بالتدريج وبرقة لصالحك. ستجد ذلك جميلا ومشوقا للغاية.

استرخى المريض على كرسيه المريح وهو يحملق في البقعة. نقرت بأصابعي، فأغلق عينيه. انتظرت لثلاث ثواني وعندئذ قلت بهدوء «افتح الآن عينيك». فتح عينيه واستمر ينظر للبقعة. انتظرت ثلاث ثوان أخرى ثم قلت «افتح عينيك». فعل ذلك.

جميل من الآن فصاعدا أريدك أن لا تفكر في شيء، وأن تسترخي، وأن تهدأ كأنك تعيش في حلم من أحلام اليقظة. وفي نفس الوقت أن تغلق عينيك دون تفكير حالما أضرب لك بأصابعي، وأن تبقى عليهما مغلقتين حتى أطلب منك أن تفتحهما. حاول أن تسترخي، وان لا تفكر في أي شيء، فكر في جسمك فقط.

«لقد كان المريض الآن منتبها لي تماما، وكان واضحا أن عناده وميله للمخالفة قد انتهيا».

«طقطقت أصابعي. أغلق عينيه، انتظرت ثلاث ثوان وطلبت منه بعدها أن يفتحها. نقرت بأصابعي مرة أخرى. أغلق عينيه.. مرت ثلاث ثوان أخرى. وطلبت منه أن يفتح عينيه. كررت ذلك أربعين مرة وبعدها قلت له:<

المعالج: هاه بماذا تشعر الآن.

المريض: (مندهشا) أشعر باسترخاء كامل.

المعالج: جميل... سأقول لك لماذا.

«وبدون توقع منه ضربت بأصابعي، وبالرغم من انه لم يكن مركزا على البقعة فقد رمشت عيناه».

المعالج: ما الذي حدث الآن ؟

المريض: رمشت بعيني عندما طقطقت بأصابعك.

المعالج: «هذا جميل».

«أن هذا يعني الآن أنه أمكن التحكم في إغماض جفني: المريض بطريقة الارتباط الشرطي»[2*].

«ثم أخذنا في استئناف تمارين الضرب بالأصابع وإغماض العينين لمدة أربعين مرة إضافية. وتوقفت بعد ذلك».

المعالج: والآن هل يمكنك أن تتخيل صوت الضرب بأصابعي بينما أنا لا انقر بها بالفعل.

المريض: نعم بالطبع.

المعالج: هل تستطيع أن تسمعها بوضوح في ذهنك ؟.

المريض: (يومئ علامة الموافقة).

المعالج: والآن سأقول لك ما أريد أن تفعله، أريدك أن تستمر في ممارسة هذه التدريبات عشر دقائق يوميا، مرة في الصباح عندما تستيقظ من النوم، ومرة في المساء عندما تذهب للسرير. في كل مرة تخيل نفسك أنك تنظر إلى بقعة مضيئة، وتخيل الحالة الهادئة التي أنت عليها الآن، وأوهم نفسك بأنك تسمع صوت أصابعي. حاول أن تفكر في ذلك بمشاعر الاسترخاء ثم أغلق عينيك. قد يبدو الأمر معقدا وأصعب، لكنه في الحقيقة غير ذلك.

المريض: أظن أنني أفهم الآن ما تريد: ولكن ماذا لو أنني لم استطع النوم.

المعالج: حاول أن تقوم بهذه التمارين. وإذا وجدت أنها لا تشد تركيزك: توقف عنها. لكن أيضا لا أريدك أن تحمل عنها منذ البداية رأيا خاطئا. أنها ستجعلك تسقط في النوم في الحال. كل ما أريده منك هو أن تفعل هذه التمارين فحسب. إذا قمت بذلك، فالباقي لا يهم. افعل كما أقول لك هذا كل ما هناك.

«وفي الجلسة التالية قرر المريض بان التمارين تزيد من استرخائه. فضلا عن هذا فان قدرته على التركيز قد ازدادت. كما ذكر للمعالج أن التوتر الذي كان يلقاه في علاقاته الاجتماعية يختفي تماما عندما يمارس الاسترخاء قبل الدخول في مثل هذه المواقف».

«والحقيقة أنه أصبح يمارس هذه التمارين أكثر من ثمان مرات يوميا.. وأصبح قادرا على ضبط نفسه والاسترخاء العميق والسريع في كل مرة».

«لقد كان هدفي من كل هذا أن أجعل حياته أكثر يسرا وإرضاء له. انه طفل في ثياب شاب، أفسدته التربية بحيث إن أي إحباط يمكن أن يواجهه في الحياة يبعث فيها التوتر والانحصار. لقد كنت بهذا الأسلوب، وبهذه التمرينات التي علمتها له أهدف إلى أن أحوله لإنسان اهدأ، مما يجعله اكثر قدرة على التحمل والمسؤولية، وبالتالي اكثر قدرة على تذوق مشاعر هذه الأشياء. إن الإنسان القادر على ممارسة الحرية الانفعالية - كما أوضحت لهذا المريض - لا يجد صعوبة في النوم، ولا يصيبه الأرق. ويشعر بالتحسن يوما بعد يوم».

«وقد جاء المريض بعد ذلك بفترة يقول لي»:

«صحيح.. فكر معي في كل هذا. أن بي كل جوانب النقص الموجودة في أي كائن بشري. فما أنا إلا مجرد شاب من أسرة ثرية. انك تقول أنني ذكي، لكن هذا هو كل ما يمكن أن يقال عني. أنني في الحقيقة لم أفعل شيئا واحدا في حياتي يشعرني بالأهمية».

«كان ذلك قبل أن ينقطع المريض عن العلاج، وقبل أن أسمع منه بعد ذلك أنه قام بقضاء إحدى إجازاته الصيفية على زراعة أشجار المطاط في إحدى غابات أفريقيا، وفي خلال إجازة صيفية أخرى كممارس لرياضة صيد النمور في الهند».

ومن الواضح أن منهج «ساتر» في الحالة السابقة قام على أساس تدريب

المريض في البداية على الاسترخاء (كشكل من أشكال قوة التحكم في الذات) ومن هذا التدريب بدأ الشاب يتمكن تدريجيا وبسرعة من التلقائية، والمبادات في المواقف الاجتماعية. وقد تلت هذه الخطة، محاولة لتدريبه على تأكيد ذاته، وربما يفسر هذا ما قرره الشاب بعد ذلك من أنه أصبح قادرا على النجاح الاجتماعي، واكتساب مشاعر جديدة بحب الناس له.

المعنى الحديث لتأكيد الذات

يعرف مفهوم تأكيد الذات بأنه قدرة على التعبير الملائم عن أي انفعال نحو المواقف والأشخاص فيما عدا التعبير عن انفعال القلق. أننا بسبب مخاوفنا، وعجزنا عن التعبير عن مشاعرنا في مواقف الاتصال بالناس نقمع رغبتنا في الشكوى من تصرف سخيف، أو نكتم معارضتنا عند الاختلاف مع الناس والأصدقاء، أو نرغم أنفسنا على البقاء في جماعة مملة، أو حتى لا نعبر عن حبنا، واستمتاعنا بالأشخاص أو بأشياء جميلة.

أن مفهوم تأكيد الذات بهذا المعنى يماثل تماما مفهوم الشخصية الاستثارية الفعالة عند ساتر، لكن المفهوم الحديث أكثر تخصصا. فحتى القلق-وهو جوهر العصاب-لا يخلو من الاستثارة بالشكل الذي يشير إليه ساتر، بينما يهدف أسلوب تأكيد الذات إلى قمع القلق وكفه أساسا.

ومن الواضح أن التصور الحديث لتأكيد الذات قائم على نظرية مختلفة في العصاب مؤداها - كما أشرنا قبلا - أن القلق استجابة متعلمة غير تكيفية لمواقف أو منبهات محايدة (أي ليس فيها ما يؤدي إلى مشاعر الخوف أو الصراع)، وأنه بهذا المعنى يشكل عنصرا رئيسيا من عناصر السلوك العصابي. ويقوم التخلص من القلق على أساس تعريض الكائن وتعليمه عددا من الاستجابات المعارضة للقلق أثناء تعرضه لمواقف الخوف والصراع، بحيث يختفي القلق والخوف تماما نتيجة لتأثير الاستجابات المتعلمة الجديدة، وتأكيد الذات وحرية التعبير الانفعالي هو أسلوب من الأساليب التي تتعارض مع القلق وتنفيه.

لماذا تعتبر استجابات تأكيد الذات معارضة للقلق ؟

خذ على سبيل المثال هذا الموقف: (أ) شخص رقيق، ولطيف المعشر،

يصفه زملاؤه بأنه إنسان طيب وودود. لكن (أ) يصف نفسه بأنه دائم القلق عندما يكون بين زملائه. فهو يشعر بأنه إذا أبدى رأيه في مشكلة داخلية أو عبر عن مشاعره في مشادة واضحة فسيخسر أحد زميليه. أنه يجد أن رغبته في أن يكون محبوبا من جميع أصدقائه تمنعه وبالتدريج من الإفصاح عن أي مشاعر حقيقية، وتمنعه كذلك من الدفاع عن نفسه في موقف صراع مع «ب»، «ج» من الزملاء. انهم يتصرفون نحوه بعدم اكتراث وإهمال.. . مما يقلل من احترامه لذاته، ويتهمونه بأنه إنسان بارد، ضعيف الشخصية. لا يدري «أ» ماذا يقول، ويعود إلى منزله، فلا يستطيع النوم ويمتلئ ذهنه بالتوتر. تتكرر هذه التصرفات مع «أ» إلى أن يصبح منعزلا، عاجزا تتملكه مشاعر قوية بالاكتئاب والمخاوف، خاصة عندما يتطلب الموقف تعاملا مع الآخرين.

يذهب «أ» للمعالج النفسي، فيرى المعالج أن خوف «أ» من التعبير عن مشاعره مع الآخرين خوف أجوف. ولا مبرر له على الإطلاق، لكن من المؤسف أن هذا الخوف هو ما يتملكه، ويجعله تحت رحمة الآخرين، عاجزا عن التعبير عن شعوره بالاحتقار أو الغضب في المواقف التي تتطلب هذا. وقد يوضح له أيضا أن خوفه من التعبير عن غضبه، يدفعه للانسحاب من المواقف الاجتماعية التي تتطلب منه الصمود. لكن هذا الانسحاب لا يخفف من مشاعر القلق والاكتئاب التي تتملكه نتيجة لتلك الإحباطات المختلفة، بل على العكس إن قمع هذا التعبير يزيد من حدة هذا القلق والمخاوف. ويوضح له أن الأمر قد يبدو صعبا في البداية، لان استجاباته الانسحابية السابقة تكونت بفعل عملية تعلم طويلة المدى ربما ترجع إلى طفولة «أ»، لكن مع هذا فان عليه أن يعود نفسه تدريجيا على ذلك، وانه من خلال الممارسة سيصبح الأمر أكثر سهولة ويسرا.

وبالتدريج يستطيع «أ» أن يتصرف بحرية أكثر مؤكدا ذاته، ومعبرا عن انفعالاته الحقيقية: غضبه أو احتقاره، أو عدوانه.

انه لا يستطيع أن يوقف هؤلاء الذين يهددون طمأنينته وحريته في المواقف المختلفة بإيقاف عدوانهم بعدوان مماثل، لكنه أيضا يجد لدهشته أن كثيرا من مشاعر القلق السابقة تختفي، وأن اكتئابه أيضا يتناقص إلى حد بعيد. أن ثقته بنفسه الآن جعلته قادرا لا على التعبير عن عدوانه

فحسب، بل وأيضا عن تأييده للأشياء الإيجابية التي تصدر منهم. لقد قرر زملاؤه أنه إنسان محبوب ومحترم أيضا.

من هذا المثال التصوري السابق كان «أ» يعيش تحت نظام شديد من المحظورات جعلته يفتقد تماما حرية التعبير بما يناسب المواقف المختلفة. والإنسان العادي يستطيع أيضا أن يشكل سلوكه على حسب المواقف المختلفة، وبالتالي يشكل قدراته على التعبير والحرية. وفي كل مرة ينجح فيها تزداد ثقته بنفسه وقدرته على الضبط الذاتي وبالتالي يخف قلقه في المواقف المختلفة. وهذا ما حدث بالنسبة ل «أ» أن تدريبه على الاستجابة الانفعالية الملائمة، وتأكيد الذات قضيا على عاداته العصابية في المواقف الاجتماعية المختلفة. أن تأكيد الذات هنا يلعب نفس الدور الذي يلعبه الاسترخاء والتطمين من حيث أنها جميعا (كاستجابات تؤدي إلى كف القلق المستثار) تؤدي إلى تكوين عادات معارضة لعادات الخوف والقلق.

أن المريض النفسي الذي اعتاد على تقييد مشاعره بالرفض أو الاحتقار في المواقف التي تتطلب ذلك، يعمل بهذا التقييد على زيادة نزعاته العصابية واستجاباته غير التكيفية (القلق)، ولا يخفف منها. وعندما يوضح المعالج بطريقة بسيطة الحاجة لتأكيد الذات، وبالتالي خلق عملية معارضة من شأنها إيقاف استجابات القلق، فانه يصطاد في الحقيقة عصفورين بحجر واحد: يخلق أنماطا جديدة من السلوك البناء، ويوقف نمطا قديما من المحظورات والعادات غير التكيفية.

قياس القدرة على تأكيد الذات:

من حسن الحظ أن المعالج النفسي السلوكي لا يجد مشكلة تذكر في تقدير مستوى مريضه من حيث قدرته على تأكيد الذات، أو على أقل تقدير فان المشكلات التي يواجهها هنا أقل مما يواجهه في الأنماط المرضية الأخرى. فمن ناحية نجد أن المريض نفسه على دراية واضحة بضعفه في جانب معين، وربما يكون دافعه الأساسي لطلب العلاج هو مثلا عجزه عن المطالبة بحقوقه، أو التعبير عن نفسه في المواقف التي تتطلب علاقة بالسلطة أو الجنس الآخر، أو عجزه عن الحديث في موقف يتطلب ذلك، ويشعر بالأسى والأسف بعد ذلك لأنه ترك الفرصة تمر دون اقتناصها..الخ.

لكن لب المشكلة لا يكمن في اكتشاف العجز أو عدم العجز في التعبير عن الذات والثقة، بمقدار ما يكمن في تحديد أنماط وأنواع المواقف الاجتماعية المختلفة التي يعجز فيها المريض عن هذا التعبير. وهنا أيضا نجد لحسن الحظ أن هناك عددا من اختبارات الشخصية التي تساعد من ناحية على تقدير مستوى الشخص من حيث القدرة على تأكيد الذات، كما تساعد من ناحية أخرى على تحديد المجالات المختلفة التي يظهر فيها عجز عن ذلك دون المجالات الأخرى. والاستبيان التالي أعد خصيصا للكشف عن مجالات العجز عن الثقة وتأكيد الذات. سنلاحظ أن بعض الأشخاص قد لا يجد مشكلة مثلا من الشكوى من خدمة سيئة في مكان حكومي أو عام، أو الشكوى من صديق، أو الزوجة (أو الزوج) لكنه يجد مشكلة حقيقية في تأكيد ذاته في المواقف الشخصية الحميمة كالاحتجاج على الوالدين، أو أخطاء شخص في موقع سلطة.. الخ. وهذا الاستخبار في جزء من أجزائه يهدف إلى التحديد النوعي لهذه المجالات، حاول أن تجيب على عباراته ب (نعم) أو ب (لا)، ثم ناقش بينك وبين نفسك كل سؤال بالتفصيل محاولا أن تحدد مواطن الضعف في التعبير عن مشاعرك في جوانب الحياة الاجتماعية المختلفة:

1- هل تحتج بصوت عال إذا دفعك شخص معين لكي يتقدمك في صف أو طابور؟

2- هل تجد صعوبة في تأنيب مساعد أو شخص أقل منك منزلة ؟

3- هل تتجنب الشكوى من خدمة سيئة في مطعم أو مكان عام ؟

4- أنت من النوع الذي يعتذر بكثرة ؟

5- هل تتردد في إرجاع شيء اشتريته (قميص أو ثوب) لنفس المحل بعد أيام من شرائه بسبب عيب معين ؟

6- عندما ينتقدك صديق دون وجه حق هل تعبر عن ضيقك ومشاعرك بين الحين والآخر ؟

7- هل تتجنب الأشخاص المحبين للتسلط والسيطرة ؟

8- إذا وصلت إلى اجتماع متأخرا هل تفضل الوقوف عن الجلوس في كرسي من الصفوف الأمامية ؟

9- هل تستطيع أن تعارض شخصا مسيطرا ؟

10- إذا وجدت سيارة في المكان المفروض أن توضع فيها سيارتك فهل تبحث عن مكان آخر بدلا من أن تستفسر أو تحتج ؟

11- هل تجد صعوبة في رفض سلعة أو بضاعة يعرضها عليك بائع لجوج ؟

12- هل تعبر عما تشعر به ؟

13- إذا سمعت بأن أحد الأصدقاء يشيع عنك أخبارا دعائية مسيئة هل تتردد في إيقافه عن ذلك ؟

14- هل من الصعب عليك أن تتقدم بالتماس لطلب معونة مادية لشيء مهم ؟

15- هل تحتفظ في الغالب بآرائك لنفسك ؟

16- هل تجد صعوبة في بدء مناقشة أو حديث مع شخص غريب عنك؟

17- هل تستطيع أن تعبر عن حبك واستلطافك لبعض الأشياء بصورة متفتحة ؟

18- إذا شعرت بأن الطعام يقدم لك في المطعم لم يقدم بطريقة ترضيك هل تشكو من «الجرسون» ؟

19- هل تتجنب إيذاء مشاعر الآخرين ؟

20- إذا حضرت محاضرة عامة هل ترد على المحاضر إذا شعرت ببعض التناقض في كلامه ؟

21- أبعض إذا عبر شخص محترم أو كبير السن عن رأي ما، هل تعبر عن وجهة نظرك حتى ولو كانت معارضة ؟

22- هل تحافظ أحيانا على هدوئك بحثا «عن السلام» ؟

23- بمتفتحة إذا طلب منك صديق طلبا غير معقول هل ترفض ذلك ببساطة؟

24- إذا حدث أنك اكتشفت بأن باقي النقود التي أعطيت لك في مكان تجاري ناقصة هل تعود من جديد لتوضيح ذلك ؟

25- إذا منعك البوليس من الدخول لمكان هو في الحقيقة من حقك هل تحتج ؟

26- البوليس إذا ضايقك قريب (أب أو أخ) تحترمه هل تخبئ مشاعرك بدلا من الكشف عن ضيقك الحقيقي ؟

27- هل يظهر غضبك أكثر مع أفراد من نفس جنسك أكثر مما يظهر مع أفراد من الجنس الآخر ؟

28- هل تجد صعوبة في مدح أو تقريظ الآخرين ؟

29- هل لديك أشخاص موثوق فيهم تستطيع أن تناقش معهم مشاعرك الحقيقية؟

30- هل تعجب بالأشخاص الذين يحتفظون بقدرتهم على المقاومة مهما حاول الآخرون تخطيئهم ؟[*3].

والآن بعد أن عرفنا معنى تأكيد الذات، والمجالات المختلفة التي تشعر فيها بالافتقار لذلك، تبدأ مرحلة تعديل السلوك باستخدام عدد من الأساليب تثبت البحوث والخبرة فاعليتها إلى حد بعيد، وفيما يلي شرح لبعضها :

أ- أساليب لفظية:

هذه الأساليب من شأنها أن تعلم المريض أن يزيد من حريته الانفعالية وقدرته على تأكيد الذات. ومن أهم الأساليب فعالية في هذا الصدد تعويد المريض وتشجيعه على التعبير المتعمد عن انفعالاته بطريقة تلقائية. ويطلق على هذا الأسلوب اسم «تنطيق المشاعر» Feelings talk، أي تحويل المشاعر والانفعالات الداخلية إلى كلمات صريحة منطوقة وبطريقة تلقائية. وبالطبع يجب أن يكون ذلك في حالات الانفعالات المختلفة سواء كانت تتعلق بإبداء الحب أو الرغبة (أنني أحب هذا الشيء انه يوم جميل)، أو عدم الرغبة (أنني لا أحب هذا الرجل وكل ما يدعو إليه)، أو المدح (أنك تبدو أنيقا اليوم، أن الكلمة التي قلتها ذكية بحق)، أو التوقع (أنني أتطلع للقائك والحديث معك فيما بعد)، أو الدهشة (أنه يوم الخميس ستكون الإجازة غدا لا أصدق)، أو النقد الذاتي (ما أحمقني إذ أفعل هذا) أو الأسف (أنني أشعر بالأسى، لأنني سأترك هذا المكان)، أو التصميم (سأظل هكذا مستمرا إلى أن اكسب في النهاية)، أو التشكك (هل تعتقد أنني اصدق ما تقوله؟) أو حب الاستطلاع (أنني سأحلم بما سيحدث في المرة القادمة)، أو الشعور بالخلاص (حمدا لله انه يوم الخميس لم أصدق أنه سيأتي؟)، أو الشعور بعدم الراحة (أن قدمي تتعباني).. الخ.

بعبارة أخرى فإن تنطيق المشاعر والحديث عنها بصوت عال يجب أن يشمل كل التنوعات الانفعالية المختلفة، والقاعدة الذهبية في ذلك هي

الصدق والأمانة مع الشكل الانفعالي السائد والشعور المسيطر على الشخص.

أما الأسلوب الثاني فهو المعارضة والهجوم. فعندما تختلف في الرأي مع أحد الأشخاص لا تبد عكس ما تبطن أي لا تبد الموافقة. أظهر مشاعرك بدلا من هذا، وابد معارضتك في شكل واضح. قد تكون معارضتك في البداية انفعالية ولا تقوم على أساس منطقي لا بأس. أن هدفك هو الحرية الانفعالية وليس كتابة بحث لمجلة علمية محترمة.

كذلك الاستخدام المتعمد لكلمة «أنا». استخدم أنا في بداية التدريب على تأكيد الذات بأكبر قدر ممكن أو «أنني أرى... في اعتقادي.. سمعت.. الخ» كل هذه العبارات ضرورية. قد يتهمك البعض بأنك واثق من نفسك أو مغرور. مرة أخرى لا بأس انك ستستطيع في النهاية أن تضبط كل ذلك. تذكر أيضا أن من يتهمونك بهذا قد يتهمونك بأنك شخص ضعيف ولا رأي لك إذا كنت عكس ذلك.

انك تحول كل من حولك إلى مجتمع علاجي لك يدعم عاداتك الصحية الجديدة، ويدعم الاستجابات الفعالة التي لا تزال في بداياتها.

ب- تدريبات المهارات الاجتماعية:

ويستخدم المعالجون النفسيون السلوكيون عددا من الأساليب التي من شأنها أن تزيد من قدرات الشخص على التحكم في المواقف الاجتماعية، ومن أهم هذه الأساليب لعب الأدوار Role-Playing. فكما عرضنا لحالة السيد (أ) في صدر هذا الفصل يطلب المعالج من المريض أن يعيد تمثيل المشكلة التي حدثت له (لقاء شخصي مع رئيس أو مدير العمل)، بينما يمثل المعالج دور الشخص أو الأشخاص الآخرين فالمطلوب تكوين عادات تكيفية جديدة نحوهم. وبالطبع قد يعكس المعالج تمثيل الأدوار بحيث يستطيع من خلال ذلك أن يبين للمريض نمطا جديدا من الاستجابات الملائمة التي يمكن تعلمها بطريق الاقتداء أو المحاكاة ويلقى بعض المرضى صعوبة في تمثيل تلك الأدوار، لكن على المعالج أن يقوم بكل جهده بإقناع المريض بذلك. ولان المعالج يمثل أحيانا قدوة في حياة المريض، فانه يمكن أن يقوم هو نفسه بأداء الأدوار بطريقة ملائمة تيسر على مرضاه محاكاتها وإعادتها بطريقة ملائمة.

جـ- التدريب على أحدث استجابات بدنية ملائمة:

في تدريب القدرة على تأكيد الذات والحرية الانفعالية من الضروري أن تكون الاستجابات البدنية ملائمة. ويوجه المعالجون النفسيون في الوقت الراهن جزءا من اهتماماتهم إلى تدريب التعبيرات الوجهية، وأساليب الحركة والكلام والمشي كجزء من العلاج النفسي.

ومن المهم على أية حال التنبه إلى عدد من هذه الاستجابات مثل: نبرة الصوت، إذ يجب على الصوت أن يكون قاطعا، عاليا، واثقا، كذلك التقاء العيون مباشرة بالشخص أو الأشخاص الذين نتحدث معهم، كذلك تشكيل الجسم وحركاته فاستخدام عدد كبير من الإشارات باليد والذراع تساعد الشخص على التحرر من قيود التعبير. ومن المهم أن تكون تعبيرات الوجه ملائمة للمشاعر ولمحتوى الكلام. لا تبتسم وأنت توجه نقدا لشخص ما، أو وأنت تريد أن تعبر عن الغضب. كذلك لا تصلب وجهك، ولا تجعل له تعبيرات العداوة، وأنت تحاول أن تعبر عن حبك وإعزازك لشخص معين. اكشف باختصار مشاعرك الداخلية مع إزالة القناع الظاهري. اجعلهما متطابقين(4).

بقيت كلمة أخيرة: قد يتساءل البعض ماذا لو أن حرية التعبير الانفعالي تؤدي إلى خسارة عمل أو خسارة شخص أو خسارة مادية.. أو ماذا لو عبرنا عن مشاعرنا مع رئيس قد لا يقبل هذا فيحول حياتنا إلى خيبة ونكد.

لا ينبغي في الحقيقة أن نقلل من بعض النتائج السلبية التي قد يحدثها هذا الشكل من السلوك

لكن بالرغم من ضرورة الوعي بهذا الجانب السلبي. فإننا يجب أن نعي بان الحياة تضعنا أحيانا في اختيار محرج ودقيق هو: الاختيار بين طريق الصحة النفسية أو حب الآخرين. هنا لا يبقى إلا الشخص نفسه يقرر كيف يكون الاختيار.. ومع ذلك، فان أولئك الذين يرفضون المضي في طريق الصحة قلما يصلون إليها.. فعليهم إذن يقع الاختيار، وعليهم تقع مسئوليات هذا الاختيار !.

خلاصة

تفرط الحياة الحديثة - بناء على مفاهيم تربوية وأخلاقية خاطئة - في

ضرورة أن يقمع الإنسان التعبير عن انفعالاته، ومشاعره نحو الأشخاص أو المواقف التي يواجهها، وصحيح أن حياة الإنسان في المجتمع تتطلب ضرورة كفه لبعض التصرفات، لكن الإفراط في ذلك يؤدي إلى كف قدراتنا الإيجابية عن التعبير الملائم عن مشاعرنا، مما يحول الشخصية إلى شخصية مكفوفة، ومنسحبة ومقيدة وحبيسة لانفعالات وعادات لا تترك إلا نطاقا ضيقا للصحة النفسية والسعادة الخاصة. ويشير مفهوما تأكيد الذات وحرية التعبير الانفعالي إلى ضرورة أن يعبر الإنسان عن مشاعره بصدق وأمانة في المواقف المختلفة ومع الأشخاص المختلفين، فيما عدا التعبير عن القلق والاضطراب. ويبين البحث النفسي أن الخوف من تأكيد الذات والعجز عن التعبير الانفعالي الملائم يعتبران سببين رئيسين من أسباب القلق، والصراع، والاضطرابات النفسية، ونتيجة لها في نفس الوقت. وتشمل حرية التعبير عن المشاعر ضرورة التعبير عن كل المشاعر الإيجابية (الحب والمودة) والسلبية (الغضب) بما يلائم الموقف أو المنبهات. وقمع التعبير عن المشاعر يعمل على زيادة النزعات العصابية، ولا يخفف منها. ويؤدي النجاح في تنمية القدرة على حرية التعبير الانفعالي وتأكيد الذات إلى تخفيض القلق والاكتئاب، وإقامة علاقات اجتماعية ناجحة. وفي كل مرة ينجح فيها الإنسان في ذلك تزداد ثقته بنفسه وقدرته على الضبط الذاتي. ويطور المعالجون النفسيون عددا من الأساليب والطرق التي تساعد الأشخاص على ذلك، منها التشجيع على التعبير المتعمد عن الانفعالات والمشاعر بكلمات مريحة مسموعة، وبطريقة تلقائية، وتقبل المدح، والثقة في أداء الأدوار، وتدريب المهارات الاجتماعية، وإحداث استجابات بديلة ملائمة للتعبير الشعوري...الخ.

مراجع وتعليقات

1- الحالة التي يبدأ بها هذا الفصل وردت في:

Wolpe, J. & Lazarus. Behavior therapy techniques. London Pergamon Press, 1966, pp. 48-50.

2- Pavlov, I. P. Conditioned reflexes. Translated by G. V. Anrep, New York: Liveringhth. 1927.

3- للاطلاع على نظرية «ساتر» Salter في العلاج وقدرته على توظيف نظريات بافلوف في العلاج النفسي. انظر كتابه الشيق:

Salter, A. Conditioned reflex therapy. New York: Creative 'Age Press, 1949. New York: Capricorn Books-Putnams. Sons 1961.

وانظر نموذجا لمنهجه في العلاج حالة الشباب الممل-والمعالج الحازم الواردة في هذا الفصل.

4- مقياس تأكيد الذات الوارد في هذا الفصل من إعداد «ويلوبي» ويستخدم بكثرة في العلاج السلوكي.. ولو أن هناك مقاييس متعددة لهذا الجانب. انظر:

Willoubghy, R. R. Norms for the Clark-Thurstone Inventory, Journal of Social Psychology, 1934, S; 91.

5- أيزنك، الحقيقة والوهم في علم النفس، مرجع سبق ذكره.

6- بالرغم من جوانب التقدم في تدريب المهارات الاجتماعية وتأكيد الذات فإن هناك محاولات مماثلة تمت في الأربعينات. فقد اهتم «هرزبرج» وهو طبيب ألماني بمنهج في العلاج النفسي أطلق اسم العلاج الإيجابي. وجعله عنوانا لكتابه الرئيسي في هذا الموضوع سنة 1945. ومن بين ما لاحظه هرزبرج أن كثيرا من المرضى النفسيين يعتقدون خطأ أن عليهم نتيجة لمتاعبهم النفسية ومشكلاتهم أن يبالغوا في حماية أنفسهم، وتحويطها بالرعاية وان يعزفوا عن العمل أو أي نشاط اجتماعي أو رياضي بحجة هذا التعب. وكل هذه التحوطات في رأي «هرزبرج» تعتبر خاطئة من وجهة نظر الصحة النفسية، ولا تساعد على التخفف من المرض النفسي، بل إنها على العكس تزيد من حدة الأعراض المرضية وتزيد من قوتها. ومن الطريف انه يقترح عددا من الطرق لعلاج المرضى تعتبر دون شك بمثابة إرهاص ذكي بالتطورات الحديثة في العلاج النفسي - السلوكي المعاصر. فهو مثلا يقترح أن يكون هدف المعالج هو إزالة مخاوف مرضاه من النشاط والجهد بمضاعفة النشاط والجهد. ومن رأيه أن نجاح المرضى في تبني هذه السياسة سيساعد على كذلك كان يكلف مرضاه بواجبات منزلية تتلاءم مع قدراتهم الذهنية والبدنية والخلقية ولكنها تختلف اختلافا جذريا مع بناء الشخصية والتعود المرضي. فعلى سبيل المثال كان يكلف المرضى الذين يلمس فيهم تقاعسا بدنيا - دون أسباب عضوية - بممارسة الألعاب الرياضية. أما المرضى الذين يتميزون بالخجل فقد كان يكلفهم بمقابلة الناس ومبادرتهم بالحديث. والمرضى الذين يفتقدون الثقة بالنفس كان يكلفهم بأداء أعمال مثل رفع الصوت في الحديث، أو رفض نوع من الطعام في مطعم، أو المساومة على ثمن شيء مع الباعة.. الخ وبالطبع لم يكن يعطي هذه الأوامر بشكل تسلطي أو ضاغط بقدر ما كان يعرضها على المريض على أنها هدف من أهداف العلاج والتخلص من المشكلة. انظر: Schwitzgebel, R. & Kolb, D. Changing Human's Behavior, 1974.

7- تجدر الإشارة إلى أن أساليب تأكيد الذات تستخدم في علاج حالات الوسوسة أيضا.. فقد أمكن «لواينر» Weiner سنة (1976) أن يقوم بعلاج حالة شاب في الخامسة عشرة من العمر، خجول، ويعاني من اضطرابات حوازية تمثلت في أفعال قهرية متعددة عند الاغتسال، أو القراءة، وارتداء الملابس، فضلا عن الوسوسة في تنظيم الأشياء وترتيبها. وقد تطلبت العملية العلاجية لهذا الشاب خطة لاستبدال هذه الطقوس بطقوس جديدة مماثلة ذات زمن محدد ومن شأنها التدخل في النشاط اليومي، ولكن بدرجة اقل من الطقوس والوساوس الأصلية. فعلى سبيل المثال، كان من بين الطقوس القهرية التي عانى منها هذا الشاب التأكد الوسواسي المستمر من أن دولاب حجرته في المدينة الجامعية مغلق بإحكام لهذا كان يعود بعد أن يخرج من حجرته ويمشي لمسافات طويلة يعود للتأكد من ذلك.. وكان أحيانا بعد أن يصل لحجرة الدراسة يتذكر بأنه يجب عليه التأكد من أن حجرته ودولابه مغلقان. طلب المعالج من الشاب بان يضع حجة منطقية لهذا الإجراء الوسواسي «الخوف من سرقة ملابسه وحاجياته الخاصة مثلا»، ثم طلب منه بعد ذلك أن يحدد الإجراءات الضرورية لتحقيق هذا الهدف. وبناء على هذا طلب منه المعالج أن يقفل الدولاب وأن يعود للتأكد من ذلك بعد غلقه مباشرة لمرة واحدة، ثم يعود خطوة للوراء، ويقول لنفسه وقد وضع يديه في جيبه وبصوت عال: «الآن لقد تأكدت من أن الدولاب مغلق وأنني متأكد وواثق من ذلك، ومتأكد من أن كل شيء بداخله سليم، انه لا يوجد بالمرة أي سبب منطقي يدعوني للتأكد من ذلك مرة أخرى، وما علي الآن إلا أن اخرج لكي الحق بمحاضراتي».
ومن الغريب أن سلوك الشاب قد تحسن تحسنا ملحوظا في هذا الاتجاه، بسبب انه استبدل طقوسه القهرية بطقوس قهرية أخرى ولكن تقل عنها جهدا ومضيعة للوقت. وفي تعليق «واينر» على أسباب النجاح رأى أن سبب النجاح هو القيام بالأفعال وأدائها بدلا من التفكير فيها. فالقيام بالعمل والفعل منعا ذهن المريض من التجول في احتمالات كانت تضع سلوكه قبل ذلك تحت سلطان وساوسه. ومثل هذا التفسير قريب فيما هو واضح من التدريبات الحديثة على أساليب تأكيد الذات. لتفاصيل هذه الحالة أنظر:

Schwitzgebel & Kolb. Op. cit., 1974.

الحواشي

(*) كتاب سالتر عن العلاج من خلال الفعل المنعكس ويوضح هذا بأن المعالج النفسي يقوم بدور تربوي توجيهي لمرضاه وليس مجرد دور سبلي يقوم على وصف العقاقير والتشجيع على الثرثرة(1).

(*1) لا يجب أن نفهم من هذا المثال أن أوضاع الموظف في المجتمع تحكمها عناصر ذاتية كالثقة بالنفس فقط، أو أننا نقلل من شأن الظروف الحضارية والاجتماعية في مثل هذه الأمور. لكن عدم الثقة بالنفس والعجز عن تأكيد الذات كانتا من المشكلات الرئيسية في حالة هذا المريض. وفي كثير من المواقف يجد المعالج النفسي إن من واجبه أن يعين مريضه على التغيير من نفسه حتى وأن كان يعترف بقسوة الظروف الاجتماعية نظريا.

(1) هذه الحالة مأخوذة عن ولبي ولازاروس (المرجع رقم 2).

(2) التدريب على العدوان في العلاج النفسي يختلف عن العداوة والكراهية لان العدوان ذو طبيعة تكيفية، أما الكراهية والعداوة فهي سمات شخصية لا تخدم التوافق.

(*2) المنبه الشرطي هو الطقطقة بالأصابع وإغماض الجفنين والاسترخاء يمثلا الاستجابة الشرطية: أما المنبه الأصلي فهو الوعاء اللامع. وتعلم الاسترخاء اثر الضرب بالأصابع يشير إلى عملية التعلم الشرطي.

(*3) التعبير عن الثقة وتأكيد الذات يظهر في الإجابة ب «نعم» على العبارات: 1 , 6 , 9 , 12 , 17 , 18 , 20 , 21 , 23 , 24 , 25 , 19 .

والإجابة ب «لا» على ما عدا ذلك من عبارات. بالرغم من أن درجتك الكلية تكشف عن تأكيد الذات، فإن من المهم اكثر هو تحديد المجالات التي تشعر فيها بعدم الثقة أو العجز... فهي مدعاة للاهتمام مهما قلت (4).

٦ قوة التدعيم

من الأشياء التي تؤيدها المشاهدة العادية، فضلا عن العلم، حقيقة بسيطة تحكم حياتنا إلى حد بعيد، وتلك هي أن ما يعود علينا من نتائج بعد أن نتصرف أو نسلك بطريقة معينة يؤثر بطريقة مباشرة في هذا التصرف أو هذه الطريقة من السلوك. فإذا كان النتاج أو العائد جميلا فأغلب الظن أننا سنكرر هذا التصرف بعد ذلك كثيرا، أما إذا كان رد الفعل سلبيا فأغلب الظن أننا سنفكر مرات ومرات قبل أن نكرر هذا السلوك من جديد. ماذا لو أنك طرحت فكرة معينة، فوجدت أنها تلقى هوى من زملائك أو رفاقك، أغلب الظن أن حماسك سيزداد بعد ذلك لطرح كثير من الأفكار الجيدة. وماذا لو أن شخصا أخذ يتابع امرأة غريبة عنه في الشارع محاولا مضايقتها، فإذا برجل بوليس يتصدى له مهددا إياه بالحبس أو الغرامة إن تكرر منه هذا السلوك.. على الأرجح أن هذا الشخص - إن كان عاقلا - لن يعود إلى هذا الفعل من جديد. بعبارة أخرى، فان العائد أو الآثار التي تحدثها استجاباتنا في البيئة تغير وتعدل في سلوكنا بعد ذلك. إن الكائن الحي ببساطة لا يتوقف في وقت من الأوقات عن إبداء استجابة أو سلوك معين فهو

يضحك أو يبكي، يبتسم أو يكشر، يحتد، ويغضب، ويبكي، ويبتعد أو يقترب من الآخرين، يتحدث، أو يصمت يخاف، أو يهدأ، يثور أو يقمع نفسه.. الخ وهو في كل ذلك يرغب في تغير البيئة المحيطة به لتحقيق هدف أو رغبة معينة. وبعض جوانب من سلوكه هذا يؤدي إلى التغيرات المرغوبة وبعضها لا يؤدى. وإذا حدثت الآثار المرغوبة نقول بان السلوك الذي أدى إليها قد أتثيب وكوفئ، وبالتالي نجد أنه يزداد شيوعا في تصرفات هذا الشخص بعد ذلك. أما إذا لم يؤد سلوك معين إلى آثار مرغوبة أو أدى إلى عكس ذلك أي إلى استهجان (كما في حالة جريمة قتل أو زنا أو سلوك انفعالي أو جنس طائش)، فإننا نقول بأن هذا السلوك قد عوقب وبالتالي من المتوقع أن يتضاءل أو يتوقف ظهوره بعد ذلك.

فالإنسان إذن يعيش في عائد اجتماعي مستمر: يتصرف بطريقة معينة، فترد عليه البيئة بشكل من أشكال الإثابة أو العقاب كعائد لتصرفات الكائن الأصلية. وهذا العائد (أو المردود) يسهم بدوره في تشكيل الاستجابات التالية للكائن (أي بالتشجيع على زيادة الطيب منها، والتقليل من السيئ).

ويجعل «سكينر» من هذه الحقيقة موضوعا لنظريته في السلوك، فيطلق على جوانب السلوك التي تتدعم من البيئة مفهوم السلوك الفعال Operant Behavior، قاصدا الإشارة إلى نمط من الاستجابات يترك آثارا فعالة على البيئة لتوليد نتائج أو آثار معينة، وبالتالي يتدعم أو ينطفئ بمقدار استجابات البيئة (أي العائد البيئي). ويطلق «سكينر» على العملية التي بمقتضاها يتدعم نمط من الاستجابات بهذه الطريقة اسم التشريط الفعال(*).

«أن التعلم الفعال عملية يستطيع الشخص من خلالها أن يتعامل بنجاح مع بيئة جديدة. إن كثيرا من الأشياء التي تتضمنها البيئة كالطعام، والماء، والجنس، والهروب من الخطر ضرورية وأساسية لبقاء الشخص والنوع البشري. وكل سلوك يؤدي إلى التوصل لهذه الأشياء يعتبر ذا قيمة أساسية لتحقيق البقاء. والسلوك الذي له مثل هذه الخاصية يزداد شيوعه من خلال عملية التدعيم الفعال. ولهذا يقال بان السلوك حصيلة لما يتركه من نتائج أو آثار. ولهذا أيضا تسمى الآثار التي يحدثها السلوك في البيئة مدعمات. وعلى هذا فان الكائن الذي يشعر بالجوع، تتدعم لديه وتقوى أنماط السلوك التي تؤدي إلى التوصل للطعام. وبالمثل فإن السلوك العري

يقلل من خطر واقع لتجنب درجة مرتفعة من الحرارة-يتدعم نتيجة لهذا الدور ويزداد شيوعه في المواقف التالية»[1].

وما نستنتجه من هذا هو أن مبدأ التدعيم يقرر أنه إذا كانت نتائج السلوك إيجابية فالمرجع أن يتكرر هذا السلوك. أما إذا كانت نتائجه سلبية فالغالب أنه لن يتكرر ولن تحدث بالتالي عملية التعلم. ومن المتفق عليه بين علماء النفس السلوكي في الوقت الراهن أن كثيرا من أبعاد حياتنا الاجتماعية، واتجاهاتنا، وفلسفتنا في الحياة يحكمها مبدأ التدعيم. أضف إلى هذا السلوك المرضي أو الشاذ الذي يصدر عمن نسميهم بالمتخلفين عقليا، أو الفصاميين، أو حتى كما يصدر عن الأطفال العاديين. فالاستجابة للطفل كلما يبكي بحمله وعناقه ستؤدي في غالب الظن إلى أن يصبح البكاء أسلوب حياة مفضلا لدى هذا الطفل كلما احتاج إلى تحقيق رغبة معينة. والمشكلات المختلفة التي تصدر عن المضطربين كالعدوان والانسحاب، والتهجم والعزوف عن الاتصال، والسباب وغير ذلك من اضطرابات سلوكية تتدعم على الأرجح نتيجة تدعيم خاطئ[*1]. فكما يدعم المجتمع أشكالا جيدة من السلوك، قد يدعم أشكالا شاذة. ولهذا فعندما يستخدم مبدأ التدعيم بطريقة منظمة يمكن أن يصبح وسيلة علاجية تساعد على مواجهة كثير من المشكلات الإنسانية وتعديلها.

والآن ما هو التدعيم؟

يشير مفهوم التدعيم إلى أي فعل يؤدي إلى زيادة في حدوث استجابة معينة أو تكرارها، وذلك مثل كلمات المدح والتشجيع أو الإثابة المادية أو المعنوية لنمط معين أو أنماط من الاستجابات الصادرة عن الشخص. وقد يكون التدعيم إيجابيا أو سلبيا.

أما التدعيم الإيجابي فيشير إلى أي فعل أو حادثة يرتبط تقديمها للفرد بزيادة في شيوع السلوك المرغوب. فتقديم الطعام، أو قطعة من الحلوى للطفل عندما يقوم بعمل محبوب يعتبر مدعما إيجابيا لأنه سيؤدي إلى زيادة في شيوع السلوك «المحبوب» لدى الطفل بعد ذلك. أما التدعيم السلبي فيتمثل في التوقف عن إظهار مدعم كريه أو منفر عند ظهور السلوك المرغوب وهو يؤدي بالمثل إلى زيادة في تكرار السلوك المرغوب.

وذلك مثل توقف الطفل عن البكاء (تدعيم سلبي) عندما يحمله والداه (سلوك مرغوب)، أو توقف المجرب عن توجيه صدمة كهربائية للحيوان (تدعيم سلبي) عندما تظهر منه الاستجابة الملائمة (سلوك مرغوب). أو التوقف عن اعتقال سجين سياسي (تدعيم سلبي) عندما يعلن عن ولائه للنظام الحاكم (سلوك مرغوب من السلطة). في كل هذه المواقف نجد أن المدعم (البكاء - الصدمة الكهربائية.. الخ) يتوقف ظهوره بحيث يؤدي هذا التوقف إلى زيادة في السلوك المرغوب فيه (حمل الطفل، السلوك المؤدي للهدف).

والتدعيم السلبي يشبه التدعيم الإيجابي من حيث أن كليهما يؤدي إلى زيادة في السلوك المرغوب، لكنهما يختلفان من حيث أن أحدهما (التدعيم الإيجابي) يتضمن إعطاء أو تقديم شيء (مكافأة، أو تحبيذ) - عند ظهور الاستجابة المرغوبة، أما التدعيم السلبي فيتضمن حجب وتوقف ظهور مدعم منفر وكريه عند ظهور السلوك المرغوب.

والتدعيم السلبي بهذا المعنى يختلف عن العقاب Punishment لان العقاب يتضمن إظهار منبه مؤلم ومنفر، أو التوقف عن التدعيم الإيجابي عندما يظهر سلوك غير مرغوب. بعبارة أخرى، فان التدعيم السلبي يهدف إلى زيادة شيوع السلوك المرغوب بالتوقف عن التدعيم، أما العقاب فيهدف إلى التقليل من شيوع السلوك غير المرغوب. وكمثال على العقاب عقاب الطفل بالضرب، أو طرد تلميذ من الفصل اثر استجابات اجتماعية غير ملائمة (إثارة الضجيج مثلا). وهناك ثلاثة أساليب من العقاب من شأنها التقليل من نمط السلوك غير المرغوب هي:

أ- تقديم منبه منفر (الضرب، أو التجاهل) عند ظهور السلوك غير المرغوب.

ب- إبعاد الشخص عن موقف قد يعود إليه بالفائدة أو مدعم سابق مثل طرد التلميذ من الفصل اثر إثارته للضجيج.

ج- تغريم الاستجابة غير المرغوبة بالإنقاص من المدعمات السابقة (ويسمى هذا الأسلوب بتكاليف الاستجابة). وتعتبر الجزاءات المادية التي تفرض على السائقين عند خرق علامات المرور مثالا طيبا على هذا النوع. وكمثال على هذا أيضا عندما نأخذ مدعما كنا قد أعطيناه للطفل (لعبة، أو

قطعة من الحلوى) عند ظهور سلوك غير مرغوب.

الاستخدامات العلاجية التدعيم

المثال الآتي يوضح استخدام الأساليب السابقة في تغيير سلوك مريض فصامي مزمن ومحجوز إذ ذاك في إحدى مستشفيات الأمراض العقلية ولنطلق عليه السيد (س).

«تم تشخيص السيد (س) على أنه مصاب بفصام مصحوب بإصابة عضوية في المخ. وتدل كل التقارير التي جمعت عنه إذ ذاك على أنه أخذ يتحول إلى حالة متعذرة، تفسد نظام العمل بالعنبر العلاجي، سواء بإثارة المرضى الآخرين، أو إزعاج هيئة العمل بالمستشفى بطلبات غير واقعية لا تنتهي. وبسبب افتقاد المريض لأي دافع مباشر للعلاج تعثرت معه كل محاولات الإصلاح وعزف العاملون عن التعامل معه. وعلى هذا تبلور الهدف العلاجي للمريض في إيجاد طريقة أفضل في تعامل بيئة المستشفى معه، بحيث يمكن بعد ذلك إغراؤه بتكريس أطول فترة ممكنة من وقته وجهده في الإجراءات العلاجية التي كانت تبذل له، وبحيث يتضاءل قلق العاملين عند التعامل معه، وبالتالي يزداد إقبالهم على مساعدته».

«ولتحقيق ذلك تبلورت الخطوة الأولى في التوصل إلى فهم دقيق ونوعي لأنماط السلوك التي كانت تصدر عن المريض، ولتحديد كيفية استجابة العاملين لها. وعلى هذا أمكن حصر أهم جوانب السلوك الكريهة في حالة مريضنا كما يلي: التبول والتبرز على أرض العنبر، الصياح، السب، إزعاج المرضى الآخرين والعاملين، نداء الأسماء بطريقة غير لائقة، الإلحاح في طلب السجائر من المرضى الآخرين، الإلحاح في طلب أشياء منفرة بما في ذلك مثلا أن يوثق العاملون رباط حذائه.. وهكذا. أما الخطوة الثانية فقد تبلورت في تحديد كيفية استجابة العاملين لهذه الأنماط السلوكية البغيضة. وقد ظهر واضحا أن سلوك السيد (س) غير اللائق كان يستثير اهتمام العاملين والتفاتهم».

«وللتخلص من هذه الأنماط السلوكية الكريهة تم التفكير في طريقتين علاجيتين، نوقشتا مع بقية العاملين بالعنبر وهما:

١- عدم إظهار أي اهتمام اجتماعي أي التجاهل التام، عندما تصدر منه

هذه الجوانب السلوكية غير المقبولة.

2- إظهار الاهتمام مع إعطائه بعض المدعمات (سجائر مثلا) عندما يصدر منه سلوك يعتبر مقبولا من الناحية الاجتماعية. ولتحقيق ذلك تقرر تقديم إثابة مادية ملموسة في كل مرة يمكن فيها للسيد (س) أن يحتفظ بسلوك ملائم لمدة خمس عشرة دقيقة. وكانت هذه الإثابة عبارة عن بطاقة توضع في سجله الخاص، بحيث يجب أن يقدم له فورا سيجارتان لكل بطاقتين. وقد أمكن أيضا استخدام هذه البطاقات لإرشاد العاملين بمقدار التقدم في سلوك (س)، وبالتالي لكي يمكنهم تدعيم أي سلوك ملائم يصدر عنه.

«أما من حيث التغير في سلوك (س) فقد كان ملحوظا للغاية. فبعد يومين فقط قرر العاملون بأنه قد تحسن (إلى حد ما) وبعد ستة أيام من تنفيذ البرنامج قرروا بأنه تحسن (بطريقة حاسمة). ومن الطريف أنه في نهاية الأسبوع الثاني عزف المريض عن موضوع البطاقات. وقرر أن النقود التي يتلقاها بمناسبة الكريسماس ستمكنه من شراء حاجته من السجائر. وفي نفس هذا الوقت بدأ العاملون أنفسهم يستجيبون بطريقة «تلقائية» وإيجابية-لجوانب السلوك الملائمة، كما استمروا أيضا في تجاهل جوانب السلوك غير المقبولة. فضلا عن هذا فقد بدأ السيد (س) يندمج في جوانب أخرى متنوعة من السلوك المقبول من البيئة المحيطة به ولم تكن في الحسبان عند تصميم خطته العلاجية الأولى، وذلك مثل التقرب من العاملين والمرضى، والدخول في مناقشات معقولة مع الزائرين. وهكذا لم يعد من الضروري تقديم السجائر عند ظهور السلوك المقبول للحفاظ على المنجزات التي أحرزها مريضنا».

«لقد تحول السيد (س) في هذه الفترة من شخص أشعث، سباب ومتهجم إلى شخص قادر على إرضاء حاجاته الاجتماعية بطريقة ملائمة، وقادر أيضا على المساهمة مع العاملين في تنفيذ برنامج علاجه الصحي والنفسي».

يعتبر هذا مثالا طيبا لاستخدام مبدأ التدعيم وتطبيقه في مجال السلوك المرضي. أن بؤرة سياسة علاج المريض هنا تكمن في المبدأ البسيط لنظرية سكينر: غير البيئة وسيتغير السلوك من خلالها.

دعنا نفترض مثالا آخر: أم تصحب ابنها ذا العام الثامن للمعالج السلوكي

موضحة أنه كان يبدي نموا لغويا عاديا إلى أن بدأ يذهب للمدرسة بعد أن بلغ عامه السادس، ومنذ ذلك الحين تدهورت قدرته على الكلام، واصبح الآن أخرس بالتقريب. وبسبب هذا تأخر نقله من مرحلة دراسية إلى أخرى. لقد أخذته لعدد من الأطباء، لكن الفحص الطبي لم يكشف عن أية أسباب عضوية وراء هذا العجز عن الكلام.

أن المعالج السلوكي بطريقة التدعيم هنا سيقضي في الغالب عددا من الجلسات مع الأم ومع الطفل محاولا تبين الظروف التي أحاطت بظهور هذا العرض، وبناء على هذا الفحص الدقيق يضع برنامجا من التدعيم الفعال للتغيير من هذا السلوك غير المرغوب. فهو أولا قد يطلب من الوالدين أن لا يدفعا الطفل بأي شكل من الأشكال، لان أي ضغط على الطفل في هذا الاتجاه معناه خلق منبهات منفرة مصاحبة للكلام. ثم يطلب ثانيا: أن يرى الطفل في جلسات أسبوعية لمدة نصف ساعة كل مرة. ويكون قبل ذلك قد عرف من الوالدين أنواع الحلوى أو اللعب التي يحبها الطفل، حتى يجعلها متاحة للطفل في العيادة وفق خطة معينة. وهنا يبدأ العلاج.

في الجلسة الأولى قد يكشف المعالج (أو لا يكشف) للطفل ما يريد منه القيام به أو تحقيقه. وسيصحبه في الغالب إلى حجرة مملوءة باللعب الجذابة، تاركا له حرية اختيار اللعبة التي تشد انتباهه أكثر من غيرها، محاولا الاشتراك معه في اللعبة إذا سمح له الطفل بذلك. لكن في كل الأحوال سينتبه المعالج إلى أي نشاط صوتي أو أي نشاط يرتبط بالكلام عند الطفل كبعض الأصوات الحلقية، أو حتى مجرد همهمة غير واضحة بالشفاه، وعند ظهور أي شكل من أشكال هذا النشاط يقدم له فورا قطعة من الحلوى التي يهواها طفلنا الأبكم. ويستمر في ذلك عند أي محاولة اقتراب من الكلام بإعطاء قطعة إضافية من الحلوى. وبالطبع قد يزيد المعالج من التدعيم فبدلا من قطعة قد يعطيه قطعتين من الحلوى عند ظهور السلوك المرغوب (النشاط اللفظي). وسيلاحظ المعالج أنه بعد عدد قليل من الجلسات عن هذا النوع، سيبدأ الطفل في نطق بعض الكلمات لمعالجه.

ولان المعالج يعرف أن السلوك نتاج لما يحدثه من آثار في البيئة، فقد يغير من مدعماته. فقد يمتدح الطفل مثلا لتقدمه في الكلام ويقترح إعطاءه

لعبة صغيرة في كل مرة ينطق فيها كلمة أو جملة. لقد وضع المعالج سياسته على أساس تدعيم السلوك المرغوب، وسيبدأ بعد ذلك في التوسيع من نطاق التدعيم الاجتماعي. وبناء عليه فقد يطلب من الوالدين بعد هذا أن يستمرا في نفس سياسة التدعيم الفعال. انه يبين لهما أنهما حتى الآن يقومان خطأ بتدعيم السلوك غير المرغوب بطريقة غير مقصودة. فدفعهما وضغطهما على الطفل للكلام لا يشجعانه على الكلام بمقدار ما يشجعانه على الصمت والانسحاب. إن عليهما منذ الآن أن يتجاهلا تماما الطفل إذا ما صمت، وان يبديا كل مظاهر الاهتمام عندما يتحدث أو يبدي أي نشاط قريب من الكلام. وفي هذه المرحلة بالطبع ينتقل المعالج بالعلاج من العيادة إلى البيئة الحقيقية.

أما المرحلة النهائية فهي تبدأ أيضا في توسيع مجالات التدعيم الاجتماعي. لهذا يطلب المعالج من الوالدين أن يقوما بدعوة الأصدقاء الذين يخلقون جوا من الطمأنينة والأمان للطفل، وأن يبعداه في هذه المرحلة عن الزملاء الذين يكثرون من النقد، كذلك يطلب منهما أن يبلغا الأصدقاء بنفس السياسة أي تجاهل الخرس والصمت، وإبداء الاهتمام والتشجيع عند أي نشاط متصل بالكلام. ولكي تتسع بالتدريج دائرة التدعيم الاجتماعي قد يلتقي المعالج بالمدرسين والمشرفين على تعليم الطفل موجها لهم نفس التعليمات القائمة بشكل عام على إطفاء السلوك غير المرغوب (الخرس) من خلال التجاهل، والتدعيم الفعال للسلوك المرغوب (الكلام) أو النشاط اللفظي من خلال إبداء الاهتمام. أننا قد نلاحظ لفرط دهشتنا أن الطفل الآن قد انطلق لسانه من عقاله واصبح فيما لا يزيد عن أربعة أو خمسة شهور قادرا على التعبير الطلق الملائم لعمره الزمني.

في هذا المثال التصوري تتركز إجراءات العلاج بطريق التدعيم الفعال، وفي الصفحات التالية سنكشف بالتفصيل عن إجراءات العلاج بالتدعيم، ثم استخداماته في المجالات المختلفة لتعديل السلوك البشري.

إجراءات العلاج السلوكي بطريق التدعيم وأساليبه

من المهم بادئ ذي بدء أن نبدأ أولا: في التحديد الدقيق لأنواع السلوك التي نريد أن نقوم بتغييرها عن طريق التدعيم الفعال. ويطلق سكينر على

هذه المرحلة اسم التشخيص وفيها نقوم كما رأينا في الحالة السابقة للطفل الأبكم بجمع بعض المعلومات عن تاريخ الشخص، وعن الظروف التي أحاطت بتوليد السلوك الذي يحتاج للتعديل، كذلك يجب أن نولي اهتمامنا للظروف البيئية الاجتماعية التي يعيش فيها المريض.

أولا: مرحلة التشخيص

والإجراءات التي يقوم بها المعالج السلوكي في هذه المرحلة تختلف في أهدافها عما يقوم بها المحلل النفسي مثلا. أن المعالج السلوكي يولي اهتمامه هنا لهدفين رئيسين:

ا- التحديد النوعي للسلوك المرضي.. أي ما هو السلوك الذي يتطلب العلاج والتغيير، ويسمى هذا السلوك المحوري (عجز عن الكلام، اضطراب فكري، تهتهة، هلاوس، اندفاع انفعالي، انسحاب، عدوان، خوف.. الخ) بعبارة أخرى فان المعالج في بحثه عن نمط الاستجابات المرضية يهتدي بالتعريف الشائع للسلوك المرضي على انه السلوك الذي لا يستريح له الفرد أو يؤدي إلى نتائج سيئة ومؤلمة أما للفرد نفسه أو للآخرين أو لكليهما. وكل سلوك من هذا النوع يستدعي بالطبع التعديل والاهتمام والعلاج. أما. المعالج بطريق التحليل النفسي فهو لا يهتم غالبا بالتحديد الدقيق الواضح لأنماط السلوك التي تحتاج للعلاج، ويهتم بدلا من هذا بصياغة مفاهيم مجردة عن طبيعة الأعراض المرضية. فهو قد يرى مثلا أن المريض «يتلجلج» بسبب خوف قديم من الأب (عقدة أوديب)، أو يتجه للتعامل مع جوانب السلوك التي تعود بالخطر على الآخرين على أنها دلالة على ضعف في بناء الضمير بسبب أساليب خاطئة في التنشئة، بينما يكون افتقاد المريض لتأكيد ذاته مع الآخرين راجعا لمخاوف طفلية قديمة لم تحل في طفولة المريض.. وغير ذلك من المفاهيم التحليلية الشائعة.

لهذا فان الخطة العلاجية للمحلل النفسي غالبا ما تهتدي بمحاولة التغيير من نمط الشخصية كلها على أمل أن ذلك يؤدي آليا إلى علاج المشكلة أو الأعراض التي أدت للعلاج. أما المعالج السلوكي الحديث فسيولي اهتمامه للاستجابات المرضية أو للأعراض ذاتها راسما خطته على هذا الأساس. ويكون هدفه هنا هو تدعيم السلوك الإيجابي وإيقاف السلوك المرضي بشتى أنواع التعلم.

2- الاهتمام المباشر بالظروف المحيطة بتكوين السلوك المريض (الذي أدى للعلاج) وهنا أيضا يختلف المعالج السلوكي عن المحلل النفسي في أنه لا يهتم بتاريخ المريض هكذا مجردا، بل انه يولي اهتمامه لأنماط التفاعل بين الفرد والبيئة التي أحاطت ببداية تولد العرض. إذا اكتشف مثلا، أن عيبا مرضيا معينا قد بدأ في بداية الالتحاق بالمدرسة، فانه يحاول أن يتكشف الأسباب في إطار مفهوم الاستجابة والتدعيم، أي في البحث عن الأخطاء التربوية التي ارتكبت في حق هذا الشخص (بسوء نية أو بحسن نية) مما أدى إلى الاضطراب. وقد يكتشف أن البيئة المدرسية مثلا تدعم بطريقة غير مقصودة هذا السلوك بسبب الضغط، والدفع الشديد للتحصيل وغير ذلك من العوامل التي تؤدي إلى آثار تعطل نمو السلوك السليم.

وعند تعرض المعالج السلوكي لدراسة الآثار المباشرة للبيئة التي أحاطت بتولد العرض المرضي يهتدي بإطاره النظري العام وهو أن السلوك المحوري (القلق مثلا) نتاج رئيسي لاستجابات البيئة للسلوك الانفعالي العام لدى الشخص.. أن البيئة المحيطة تستجيب للفرد بطريقة تؤدي لتدعيم القلق والتوتر بدلا من تدعيم الاتزان الوجداني. أما المحلل النفسي فهو على العكس من ذلك تماما قد يهتم بتاريخ حياة الشخص، وتشجيع التداعي الطليق للطفولة وتكون هذه الأشياء هي المحور الأساسي للعلاج. أن هدف المحلل النفسي في هذا الاتجاه يتجه باختصار لجمع المعلومات عن تاريخ حياة المريض دون اهتمام مباشر بأنماط الخطأ في تدعيم السلوك المرضي ودون تحليل سلوكي للشروط المحيطة لتكوينه[2*].

ثانيا: العلاج

يعترف الكثيرون بدور العلم في التشخيص، وجمع المعلومات عن المريض، والظروف المحيطة بتكوين الأعراض، وبكيفية عقد المقابلة الشخصية، ولصميم ووضع الاختبارات التي تساعد على التحديد الدقيق للسلوك المريض. لكن الكثيرين قد يرون لسوء الحظ أن دور العلم يتوقف عند هذه النقطة، لكي يبدأ العلاج النفسي بعد ذلك متروكا لذكاء المعالج الشخصي، وخبراته وبصيرته، وقدرته على التأثير والحكم الجيد. ونتفق مع «سكينر» في أن هذا نموذج لسوء الفهم لدور العلم وتطبيقاته في السلوك الإنساني، أن دور العلم لا يقف عند مجرد وضع اختبار جيد للذكاء يساعدنا على

تحديد نسبة التخلف العقلي، أو وضع اختبار للشخصية يساعدنا على تحديد طبيعة الاضطراب السلوكي ومقداره. أن جمع المعلومات هي الخطوة الأولى في التحليل العلمي من أي نوع. أما الخطوة الثانية فهي تتضمن وضع علاقات وظيفية بين المنبهات والاستجابات أي تحديد المتغيرات التي ستساعد على التغيير من سلوك أو نمط سلوكي معين. بعبارة أخرى تتركز المرحلة الثانية في ضبط تلك المتغيرات السابقة والتحكم فيها على أمل التغيير والتحكم في السلوك الناتج (الاضطراب السلوكي). والتحكم في السلوك المضطرب بإلغائه أو التخفف منه هو ببساطة العلاج النفسي. وبناء على هذا فان العلم الجيد الملائم سيساهم مساهمة أكبر في العلاج لان منطق العلم أساسا يقوم على التجربة وضبط المتغيرات.

وفي مرحلة العلاج يكون هدف المعالج السلوكي أساسا هو المساعدة على التحديد الدقيق لأنماط السلوك السوي التي يتجه إليها اهتمام المريض (تأكيد الذات، التخلي عن العدوان، القدرة على رعاية تعاطي مخدرات أو مشروبات كحولية... الخ). كذلك مقدار شيوع هذه الأنماط السلوكية الجديدة، أي تكرارها وظهورها أكثر من أنماط السلوك المحوري المرغوب تغييره والتخلص منه.

ويستعين المعالجون السلوكيون بأساليب متعددة لعلاج وتعديل السلوك المرضي.. وفيما يلي أمثلة لأهم الأساليب المستخدمة وتطبيقاتها:

أساليب التدعيم

تتضمن تطبيقات العلاج النفسي بالتدعيم نفس الأساليب الخاصة بالتعلم الإنساني والحيواني. بعبارة أخرى فان مفاهيم نظرية التعلم التي صاغها سكينر وتلامذته تستخدم في مجال تعديل الاضطرابات النفسية والعقلية. وعلى سبيل المثال هناك تقارير منشورة متعددة تبين أن بعض هذه المفاهيم قد أمكن توظيفها في المجال العلاجي ويؤدي بعضها إلى نتائج إيجابية واضحة. صحيح أن كثير من المفاهيم النظرية لم يمكن بعد توظيفها بنفس النجاح، إلا أن ما أمكن توظيفه يوحي بالأمل في مستقبل طيب في التعامل مع السلوك الإنساني المرضي. ولعلنا لا ننسى أن الدخول بنظرية التعلم إلى التطبيق العلاجي حدث في فترة متأخرة نسبيا عن

تطبيقات هذه النظرية في المجالات الأخرى، لكن النتائج حتى الآن توحي بأن تنفيذ هذه الأساليب يؤدي إلى تعديلات واضحة وملموسة في أنماط الاضطرابات والأمراض النفسية. وفي الأجزاء التالية سنناقش استخدامات بعض هذه المفاهيم في مجالات العلاج الفردي. ثم سنولي اهتمامنا بعد ذلك لتوظيف تلك المفاهيم في مجالات العلاج الجمعي، أو الضبط الجمعي للسلوك المرضي في مؤسسات الصحة العقلية.

التدعيم الأولي المباشر:

يتجه بعض المعالجين إلى تدعيم الاستجابات المرغوبة بتقديم مدعمات أولية مباشرة مثل الطعام والشراب. بعبارة أخرى في هذا النوع من العلاج يتجه اهتمام المعالج إلى تدعيم الاستجابة المرغوبة بإرضاء حاجة أو رغبة بيولوجية أو جوهرية في بقاء الإنسان وتكامله. وبالطبع نتيجة لان مثل هذا النوع من التدعيم وحجبه (في شكل تدعيم سلبي) محوط باعتبارات خلقية لهذا نتوقع عدم استخدامه في الحالات المرضية المعقدة.. ومع ذلك وبخطط معينة ذكية يمكن للمعالج ان يستخدم التدعيم الأولي المباشر حتى في علاج الحالات المستعصية. فعلى سبيل المثال يمكن استخدام تدعيمات أولية ذات طابع ترفيهي مثل الحلوى والسجائر، والفاكهة في تدعيم السلوك الجيد. ولقد أمكن لبعض المعالجين أن يقدموا بعض هذه المدعمات (حلوى - مشروبات غازية - سجائر) مع بعض المرضى البكم (أو الاشبه بالبكم) لتنمية القدرة على الكلام لديهم. وبالرغم من انه تبين نجاح هذا الأسلوب في زيادة معدل الكلمات المنطوقة واستمرار ظهورها حتى بعد اختفاء التدعيمات وخروج هؤلاء المرضى من المؤسسة، فان نسبة الكلام التي تتكون بهذه الطريقة غالبا ما تكون للأسف ذات طبيعة آلية، أو خلو من التلقائية.

ونتفق مع المعالجين المعاصرين في أن استخدام المدعمات الأولية المباشرة من أكثر المجالات العلاجية التي يثور حولها الجدل، خاصة فيما يتعلق بحقوق المرضى المحجوزين في المستشفيات. أن الامتناع عن تقديم الطعام أمر تحوطه اعتبارات خلقية وقانونية بطبيعة الحال. ولهذا يقدم بعض الباحثين حلا وسطا لهذه المشكلة باستخدام أنواع من الأطعمة الترفيهية أو المغلفة بشكل جذاب، وبعضهم يرى أن من حق المريض ان يتناول وجبة

غذائية ملائمة من حيث الشروط العامة للصحة، لكن إذا تعلق الأمر بحصول المريض على طعام ترفيهي فان عليه أن يتصرف بطريقة ملائمة حتى يحصل عليه، ثم أليس هذا ما يتطلبه المجتمع الخارجي ويعامل أفراده على أساسه ؟.

التدعيم الاجتماعي:

من أكثر أساليب التدعيم العلاجي شيوعا في الوقت الراهن ما يسمى بالتدعيم الاجتماعي، أي تلك الاساليب التي تتضمن التقديم المنظم للتدعيم الاجتماعي مثل: المدح والتقريظ والتشجيع وإبداء الاهتمام عند ظهور الاستجابة المرغوبة. ومن المؤكد ان التدعيم الاجتماعي الإيجابي من العوامل التي تقوم بدور هام في الحياة الاجتماعية بشكل عام. وعلى سبيل المثال، فان ارتفاع مستوى الاهتمام بالألعاب الرياضية بين أفراد مجتمعنا، وما يبدونه من حماس نحو ألعاب كرة القدم مثلا يقوم بدور فعال في زيادة حماس اللاعبين أنفسهم، ويشد كثيرا من أفراد المجتمع نحو هذا المجال. وبنفس القدر تولي المجتمعات المتقدمة اهتمامها للإنجاز العلمي والنجاح الأكاديمي، فتقيم الجوائز التشجيعية، والمنح الدراسية، وتسترشد بآراء مثقفيها، وتوجه نحوهم الأضواء، وهي بالتالي تشجع الروح العلمية وتجتذب اهتمام كثير من الشباب الصغار نحو هذا المجال. ترى كيف يمكن أن يكون حالنا لو أننا قدمنا من التدعيم الاجتماعي لمجالات الفكر والثقافة والعلم نصف ما نقدمه للمجالات الأخرى ؟.

وفي المجال العلاجي رأينا نموذجا لاستخدام الاهتمام والتشجيع في حالة الطفل الأبكم عندما كانت تصدر منه مظاهر جوانب من النشاط اللفظي أو اللغوي. ويلعب المعالج (كمدعم اجتماعي) في جلسات العلاج النفسي دورا هاما في تأكيد وإبراز جانب السلوك التكيفي، مثال هذا أن يقوم بتشجيع شيوع الأفكار المنطقية المعقولة في المرضى العقليين بشتى أنواع التشجيع والتحبيذ وإبداء الاهتمام كما في المثال الآتي:

المريض (وهو مريض عقلي فصامي، مضطرب التفكير): أنني لا أعرف في الحقيقة مشاعري نحو والدي.. نعم أنا اعرف انهما يحبانني ويهتمان بي.. ويبديان اهتمامهما بي في كثير من المواقف، لقد تلقيت منهما هدية

لطيفة في الأسبوع الماضي.

المعالج: (يشعر بان المريض هنا يقدم تعليقا اجتماعيا صحيا، يقف، ويوجه كل اهتمامه للمريض، يبتسم برقة وتشجيع): جميل معنى هذا انك تريد أن تقول بان «والدي يحباني بدليل انهما يبديان اهتمامهما بي وبرعايتي».

المريض: هذا صحيح. لكن هناك شيئا يحيرني يا دكتور، لماذا يأمر والدي العمال بان يضعوا أدوات الترفيه في وسط الطريق.

المعالج: (يشعر بان المريض قد عاد لاضطرابه الفكري غير المنطقي، يسعل بدون اهتمام، يلقي بنظره بعيدا نحو النافذة، ويغير موضوع الحديث): كيف قضيت إجازتك في الأسبوع الماضي ؟».

ولان من المعتقد أن التدعيم الاجتماعي بالانتباه والمدح والتحبيذ يلعب دورا هاما في شيوع أنماط السلوك المحوري أو المرغوب فان هناك بعض الباحثين ممن يرون بان التدعيم الاجتماعي عندما يكون مصحوبا بمدعمات ملموسة (مكافأة مادية مثلا) بطريقة منظمة تزداد آثاره التدعيمية اكثر مما لو قدم وحده. ومع ذلك فان هناك من يرى أن التدعيم الاجتماعي القائم على المدح والتحبيذ يعتبر في حد ذاته ذا أثر فعال بالنسبة لكثير من المرضى حتى دون أن يكون مصحوبا بمدعمات مادية أخرى، وانه عندما يستخدم بعناية يمكن أن يؤدي وحده إلى تغيرات محسوسة في السلوك المرضي. وخير مثال على ذلك حالة المريض الفصامي (السيد س) التي عرضنا لها في الصفحات السابقة، والتي تصور لنا الإمكانيات المختلفة التي يمكن أن يتطور إليها السلوك عندما نولي اهتمامنا للسلوك المرغوب ونتجاهل السلوك غير المرغوب.

كذلك تبين أن تجاهل السلوك المرضي بين الفصاميين قد أدى إلى تعديلات ملحوظة في جوانب الاضطراب التي تظهر منهم. فقد ثبت في إحدى الدراسات[2] وجود تغيرات ملموسة، وتناقص ملحوظ في نسبة الهلاوس (السمعية والبصرية) والتفكير غير المنطقي والمفكك في مريض فصامي نتيجة لمجرد الابتعاد عن المريض عندما تحدث مثل هذه الأنماط السلوكية (الهواجس والتفكك في التفكير) والاقتراب منه مع الاهتمام والحماس عندما يتحدث بطريقة مرغوبة (خلو من الهلاوس وبقدر مرتفع

من التماسك).

وفي حالة أخرى لمريض فصامي، عزف عن تناول الطعام في المستشفى (دون سبب واضح) حتى أصيب بهزال شديد، وتناقص وزنه إلى أن أصبح في وقت ممارسة العلاج لا يزيد عن ثمانية وخمسين رطلا (ما يقرب من ستة وعشرين كيلو جرام)، استطاع المعالج باستخدام أسلوب الاهتمام عندما يتجه المريض للطعام، والتجاهل عندما يعزف عنه أن يساعد المريض على تكوين عادات غذائية سليمة فيما لا يزيد عن خمسة أيام[3].

كما استخدم أسلوب المدح في محاولة ناجحة لزيادة الوعي بالعلاقات الشخصية والاجتماعية وتدريبها بين مجموعة من المرضى العقليين بمجرد تعليم المرضى بأسماء المرضى الآخرين والأشخاص الآخرين في البيئة[4].

ويستخدم التدعيم الاجتماعي واللفظي في علاج عيوب الكلام التي تنتج بسبب عوامل اجتماعية سيئة، وذلك بالتقليل من تلك العوامل الاجتماعية أو التخلص منها مع تكوين أنماط صحية جديدة من العلاقات الاجتماعية تساعد على اختفاء عيوب الكلام.

ويستخدم أسلوب التجاهل بنفس النجاح في تعديل المشكلات التي يبديها الأطفال كالبكاء والعناد والتدريب على الإخراج والعدوان وغير ذلك. لقد أمكن، على سبيل المثال إيقاف طفل في الرابعة من عمره في مدرسة للحضانة من نوبات بكاء مستمرة وصراخ دون سبب بمجرد تجاهله عندما يبكي وإبداء الاهتمام والرعاية به عندما يتوقف عن ذلك، وذلك في فترة لا تزيد عن خمسة عشرة يوما. ويعلق المعالج السلوكي الذي قام بعلاج. هذا الطفل على ذلك في العبارة الآتية:

«لقد لاحظنا الطفل لأيام متعددة عندما طلب منا مساعدة المشرفين على دار للحضانة لمساعدتهم في إيقاف بكائه وعويله المستمر دون سبب واضح. وفي طوال الفترات التي لاحظنا فيها الطفل قمنا بتسجيل عدد نوبات البكاء في كل يوم فتبين أن ثمانية نوبات من البكاء في المتوسط تحدث في كل صباح في الفترة الممتدة من الثامنة حتى الثانية عشر ظهرا. واكتشفنا أثناء ملاحظاتنا أيضا أن نوبات البكاء والصراخ التي كانت تتملك الطفل كانت تشد اهتمام المدرسين مباشرة فيهرعون له محاولين إسكاته وملاحظته حتى يتوقف عن البكاء».

«لقد أمكن باستخدام التدعيم الإيجابي عندما يندمج الطفل في نشاطه العادي والتجاهل عندما يبكي أن تتوقف نوبات بكاء الطفل تماما في خمسة عشر يوما. لقد توقف الطفل عن إبداء أي مشكلات نتيجة لهذا الأسلوب البسيط»[5].

والحقيقة أن استخدام أسلوب التدعيم مع مشكلات الأطفال يتم بنجاح كبير فيما تثبت غالبية البحوث المنشورة عن هذا الموضوع. ويبدو أن السبب الأساسي في هذا يرجع إلى سهولة ضبط البيئة المحيطة بالأطفال أثناء العلاج. لكن المشكلة التي تواجه المعالج السلوكي تتركز أساسا في المنزل. ذلك أنه، يجب أن تكون البيئة المنزلية متفهمة لأساليب العلاج السلوكي وأساسياته النظرية حتى يتم في المنزل تعميم التغيرات الملحوظة في العيادة، وبالتالي في العالم الخارجي.

لهذا يولي المعالجون اهتماما ملحوظا لتدريب الآباء أو المشرفين في المؤسسات على المبادئ الأساسية لتعديل السلوك. وهنا من المهم أن نشير إلى أن كثيرا من الآباء يعتبرون مسؤولين مسؤولية رئيسية عن ظهور المشكلات السلوكية لدى أطفالهم لعجزهم عن ضبط هذه المشكلات بأساليب آلية بسيطة كالتدعيم. ولهذا يلجأ المعالجون إلى تعليم الآباء والمشرفين المبادئ الرئيسية العلمية لتعديل السلوك في لغة بسيطة، ويضمنون توجيهاتهم شرحا بسيطا لبعض تجارب التعلم بالمكافأة والخطأ، والتماثل بين الإنسان والحيوان في كثير من المحددات البيئية للاستجابة، كذلك يوضحون لهم أنهم، أي الآباء، مسؤولون عن تكوين هذه المشكلات من خلال أنماط التدعيم الخاطئة التي يكشفونها للطفل عندما يظهر منه سلوك غير مرغوب.

ولتدريب الآباء والموجهين تدريبا فعالا على استخدام التدعيم تستخدم بعض المراكز للعلاج النفسي في الولايات المتحدة حجرات ملاحظة تسمح للمعالج بمشاهدة كيفية التعامل بين الآباء والأبناء. وتصنع هذه الحجرات بحيث أنها تسمح لمن هو خارجها (المعالج) أن يشاهد ما يدور بداخلها، بينما لا يستطيع من بالداخل أن يرى المعالج الذي يلاحظ ما يدور (بين الأم والطفل مثلا). والهدف من هذه الحجرات فيما هو واضح ملاحظة السلوك في جو طبيعي غير مصطنع وبحيث لا يعرف الطفل أو الأطفال أن هناك ما يلاحظ تصرفاتهم في الخارج. وغالبا ما تكون هذه الحجرات مزودة

بسماعات لاسلكية، يمكن من خلالها أن يوجه المعالج تعليماته للأب أو الأم بشكل مباشر عندما تصدر منهم أنماط خاطئة من السلوك مقترحا عليهم استخدام أنماط جديدة من الاستجابات. والمثال التالي يوضح لنا كيف يتم ذلك في حالة أم تشكو من كثرة بكاء طفلها، ونشاطه العشوائي:

«الأم في داخل الحجرة الزجاجية تقرأ في الجريدة الصباحية، بينما ابنها ذو الربيع الخامس يلعب على بعد متر منها ببعض المكعبات. جاءت الأم بالطفل لمركز العلاج النفسي لعجزها عن تعديل بعض المشكلات التي أخذ يثيرها الطفل منذ عامين: فهو كثير البكاء، ولا يكف عن النشاط العشوائي والحركات الزائدة مما سبب للأسرة كثيرا من التعاسة. المعالج السلوكي خارج الحجرة يشاهد ما يدور بداخلها. ويحدث عندئذ الحوار الآتي:

الأم (داخل الحجرة): أنني أحب هذا البناء الذي أقمته بهذه المكعبات.

الطفل (يهد البناء بغضب): لكنه لا يعجبني إطلاقا.

الأم: جائز.

الطفل (ينخرط في نوبة بكاء ونهنهة): لماذا قلت انه يعجبك؟ لماذا؟ الأم (توشك على الاستجابة عندما يتحدث لها المعالج من خلال السماعات اللاسلكية المثبتة بأذنيها بحيث لا يراها الطفل).

المعالج (متدخلا): لا تستجيبي لبكائه، استمري في قراءاتك. الطفل (يرتفع بكاؤه وعويله): أنت لماذا لا تجيبي؟

الأم (تبعد الجريدة. توشك أن تستجيب لبكائه).

المعالج: لا تهتمي. استمري في التجاهل والقراءة. رجائي أن تتجاهلي الآن هذا البكاء مهما بدا لك هدا صعبا. دعينا نرى ماذا يحدث بعد ذلك.

الطفل (يعود لمكعباته يستأنف اللعب بها بهدوء. بعد لحظات قليلة يقول: «مامي هل يمكنك أن تساعديني في بناء هذا الجزء من المكعبات».

المعالج (للام من خلال السماعة اللاسلكية): الآن يمكنك أن تساعديه وأن تبدي له اهتمامك لأنه لا يبكي.

الأم (تتجه نحو الطفل)، بكل سرور يا حبيبي طالما أنك تطلب معونتي دون بكاء. وبطريقة لطيفة.

المعالج: (للام) هذه استجابة جيدة».

في هذا المثال السابق يتضح لنا أن مجرد مخاطبة الأم مباشرة يساعدها على توضيح معنى التدعيم، ويبين لها بصورة محسوسة كيف أن طرق تفاعلها السابقة لا تصلح لمعالجة السلوك غير المرغوب. كذلك يبين لنا أن المعالج يدعم بدوره الاستجابات الملائمة كما تصدر عن الأم، ويصحح لها الاستجابة الخاطئة. وفي حالات كثيرة عندما يعجز الآباء أو المشرفون على الأطفال عن التقاط السلوك الملائم، قد يتجه المعالج بنفسه لداخل الحجرة الزجاجية وتنتقل الأم لخارجها حتى تشاهد كيف يتعامل المعالج مع الشخص صاحب المشكلة، ويسمى هذا تعديل السلوك من خلال الاقتداء ومحاكاة الطرق السليمة في التصرفات.

وعلى العموم، فان التدعيم الاجتماعي يعتبر عنصرا قويا من عناصر التغيير في سلوك المرضى النفسيين والعقليين، فضلا عن المتخلفين عقليا. لكن هذا لا يمنع من التحذير من نقاط معينة سنتحدث عنها عند الحديث عن المشكلات العملية والخلقية التي يثيرها استخدام التدعيم في الوقت الحالي.

متى يكون التدعيم فعالا ؟

والآن فبالرغم من ضرورة التدعيم لأحداث التعلم والتغير، فقد لا يكون أحيانا فعالا. فقد ينشط أحد الأطفال في الظهور بمظهر جيد إذا ما وعدته بقطعة نقدية، بينما لا يؤثر ذلك في سلوك طفل آخر. ونفس الطفل قد تختلف استجاباته لنفس المدعم من وقت إلى آخر. فقد يتوقف عن البكاء إذا قدمت له قطعة من الحلوى، لكنه قد لا يفعل ذلك في موقف آخر لا يكون فيه جائعا أو محتاجا لهذه القطعة. ويدل هذا على أن التدعيم لكي يكون فعالا يجب أن تتوافر فيه بعض الخصائص.

فالشيء المستخدم كتدعيم يجب أن يكون محبوبا ومرغوبا من الشخص، أي يجب أن تكون له قيمة ما عند الشخص. وهذه القيمة هي التي ستحدد ما إذا كان الشخص سيبذل جهدا للحصول على الشيء. فبعض الناس (خاصة الأطفال وضعاف العقول) يبذلون أعظم الجهد في مقابل المأكولات والحلوى، وبعضهم يفضل تقدير الآخرين. وبعضهم يفضل كلمات مديح بسيطة، وبعضهم يفضل المركز الاجتماعي والبعض يفضل الاندماج في

نشاط اجتماعي بناء. وفي حالات متعددة يصل التدعيم لدرجة مجردة كما في حالة الفنان المبدع الذي يسعده أن يجد تقديرا لفنه أو أن يجد أن عمله قد احدث بعض التغيير في بيئته. يتطلب هذا إذن أن يكون التدعيم موجها ومرتبطا بالفروق الفردية.

وتثير النقطة السابقة سؤالا اكثر عمقا ويتعلق بالسبب الذي تختلف فيه المدعمات من شخص إلى آخر. لماذا يفضل بعض الأطفال الحلوى، بينما يفضل بعضهم الآخر قطعة نقدية، أو لعبة ؟ وبين البالغين، لماذا يكون المال هو المدعم الرئيسي بينما يكون المركز الاجتماعي أو الشهرة هي المدعم لدى البعض الآخر ؟ يمكن القول بشكل عام أن الخصائص التدعيمية للأشياء تختلف من شخص إلى آخر بسبب احتياجات هذا الشخص، وبحسب ظروفه الاجتماعية السابقة. ومن الشيق أن نشير إلى بعض التجارب التي بينت أن نتائج التدعيم تتفاوت بتفاوت الطبقة الاجتماعية للشخص. من هذا دراسة أجراها بريماك Premack[6] على أطفال من الطبقات المتوسطة بينت أن إعطاء قطعة من الحلوى لا يؤدي إلى تدعيم السلوك المرغوب كالاستمرار في أداء لعبة معينة، بل على العكس تبين له أن اللعب بلعبة معينة هو الذي يقوم بدور المدعم لتناول قطعة الحلوى. ويختلف هذا الاتجاه في أطفال الطبقات الفقيرة، حيث تبين له أن قطعة الحلوى تقوم بدور تدعيمي للاستمرار في اللعب (الأرجحة). بعبارة أخرى فان تعديل سلوك الأطفال في الطبقات المتوسطة يجب أن يتخذ سياسة تدعيمية تختلف عن تدعيم الأطفال في الطبقات الفقيرة. ومن العوامل التي تساهم في فاعلية التدعيم سرعة تقديم التدعيم أو ما يسمى بالتدعيم الفوري أثر الاستجابة أو السلوك المرغوب. ذلك لان الشخص يتعلم السلوك في وقت إعطائه التدعيم، فإذا تأخر التدعيم عن ذلك فقد يفقد دلالته، لأنه قد يأتي فور الانغماس في شكل سلوكي آخر غير السلوك الذي ترغب في حدوثه. لنفرض أننا طلبنا من طفل شديد الحركة وعنيفها أن يهدأ في مقابل مدعم معين (قطعة حلوى مثلا) فجلس بهدوء، وتأخرنا في إعطاء التدعيم للحظة، فبدأ الطفل يعبث في قطعة أثاث مجاورة، وأعطيناه التدعيم أثناء هذا، فان اثر التدعيم قد ينصرف على هذا الفعل الأخير. ونظرا لان الطفل يتعلم السلوك الحادث في وقت إعطائه التدعيم فقد لا يتعلم العمل

المطلوب (وهو الهدوء) بل يتعلم السلوك الذي حدث أثناء تقديم المتأخر وهو العبث في قطعة الأثاث المجاورة.

ويصور الروائي التشيكي «فرانز كافكا» حالة طريفة مماثلة تبين ذلك بوضوح. فقد كان هناك كلب - يعيش في حظيرة محاطة بسور مرتفع - يتبول ذات يوم عندما ألقيت بالصدفة عظمة من فوق السور. فاعتقد الكلب أن تبوله قد جعل العظمة تظهر، فكان بعد ذلك كلما أراد شيئا ليأكله يرفع رجليه. مما يدل على أن السلوك قد يحدث بسبب إدراك العلاقات العلية بين الأحداث التي تقع في وقت واحد، حتى ولو كانت لا ترتبط منطقيا[7]. ويعزز هذا ضرورة أن يكون التدعيم فوريا حتى يرتبط بموضوعه.

لكن من المستحيل أحيانا أن تقدم التدعيم الفوري دائما، خاصة إذا ما كان من طبيعة مادية كطعام أو شراب أو لعبة. لهذا يمكن سد هذه الثغرة بإعطاء وعد بالتدعيم (مع تنفيذ ذلك فيما بعد)، أو بتدعيم لفظي أو وجداني فوري، فالربت على الظهر، أو العناق، أو كلمة تشجيع قد تفي بالغرض.

كما تتوقف فاعلية التدعيم على طول المدة التي مرت على الشخص وهو لا يتلقاه، فتقديم السجائر في حالة المريض (س) كان يمكن أن لا تكون مفيدة لو انه استطاع خلسة وبوسائله الخاصة أو من خلال زيارات الأقارب أن يحصل كل يوم على ثلاث علب سجائر مثلا، وهكذا فتمنية طفل بقطعة حلوى لا تكون مثيرة له اثر أكل قطعة كبيرة من الجاتوه. والمرء الذي يحرم من شيء يتشوق لهذا الشيء أكثر من غيره. ولهذا نستطيع أن نجعل التدعيم أكثر فاعلية أو قوة بإبعاد الشيء المدعم قبل البدء في عملية علاج أو تعديل سلوكي معين. ولأمر ما يسيء رجال السياسة المحترفون استخدام فرض الحرمان عن طريق حجب بعض الخدمات المتاحة للمواطنين، ثم يبيحونها من جديد حتى تبدو وكأنها منحة وإصلاح مقدم لمواطنيهم. لهذا سنخصص في نهاية الفصل كلمة عن الاعتبارات الخلقية في استخدام التدعيم.

وتدعيم الاستجابة أو السلوك المرغوب بين الحين والآخر - ويسمى بالتدعيم المتقطع - افضل واكثر فاعلية من التدعيم المستمر الذي يتم بتدعيم الاستجابة في كل مرة تحدث فيها. وتبين تجارب «سكينر» في هذا الصدد أن السلوك الذي يكتسب بفعل التدعيم المتقطع يكون استمراره اكثر

من السلوك الذي يكتسب بفعل التدعيم المستمر. وعلى سبيل المثال، كان «سكينر» يقوم في إحدى تجاربه على الحيوانات بعملية تدعيم مستمرة لبعض الاستجابات بتقديم الطعام فورا (تدعيم مستمر) وفي كل مرة ينجح فيها الحيوان بالضغط على مزلاج (أو أي استجابة أخرى يحددها المجرب). ويقارن ذلك بحيوان آخر يتم تدعيم نفس الاستجابة لديه (الضغط على المزلاج) ولكن بفعل التدعيم المتقطع (الضغط على المزلاج يؤدي إلى ظهور الطعام بين الحين والآخر). فلاحظ تفاوتا شديدا بين الحيوانين. ففي الحالة الأولى يستمر الحيوان في إظهار الاستجابة بعد اختفاء التدعيم (الاستمرار في الضغط على المزلاج دون إعطاء الطعام) لثلاثمائة مرة يتوقف بعدها الضغط على المزلاج. أما في حالة الحيوان الآخر الذي اكتسب هذا السلوك بفعل التدعيم المتقطع فقد استمر الحيوان في إظهار الاستجابة لستة آلاف مرة قبل أن يتوقف، وهو عدد أطول بكثير من عدد المرات في حالة الحيوان الذي تدعمت لديه الاستجابة بفعل التدعيم المستمر. وكذلك الأمر بالنسبة للسلوك البشري الذي نرغب في إكسابه للآخرين أو اكتسابه بالنسبة لنا نحن. فتعليم الطفل مثلا لبس ملابسه بفعل التدعيم المتقطع، المدح بين الحين والآخر كلما نجح في لبس حذائه مثل، يؤدي إلى اكتساب المهمة الجديدة بطريقة أسرع وأفضل مما لو كنا نسرف في إعطاء التدعيم بصورة مستمرة.

ولا يتعارض التدعيم المتقطع مع فكره التدعيم الفوري التي أشرنا لها. فقد يكون التدعيم متقطعا وفوريا في نفس الآن، بل أن من الواجب كذلك إذا ما كنا نصبو إلى جعل التدعيم قوي الفاعلية.

مشكلات يثيرها استخدام التدعيم في تعديل السلوك البشري

الآن وقد عرفنا معنى التدعيم وأساليبه، والعوامل التي تؤدي إلى فاعليته، أصبح الطريق ممهدا للحديث عن بعض المشكلات التي يثيرها استخدام هذا الأسلوب بالنسبة لأخصائي العلاج بالتدعيم وبالنسبة للرأي العام أيضا.

فمن ناحية نجد أن المعالجين السلوكيين في الفترات المبكرة من اكتشاف

نظرية «سكينر» كانوا يبدون اهتمامهم بتدعيم السلوك المرغوب، وتجاهل السلوك غير المرغوب بشتى الوسائل التي عرضنا لها في الصفحات السابقة من هذا الفصل، وذلك دون النظر لطبيعة السلوك الذي يقومون بتدعيمه. وقد أدى ذلك إلى الإهمال التام لإمكانية أن يكون السلوك نتيجة لشروط سابقة، أو ربما يكون المريض قد قام بهذا السلوك بطريقة متعمدة. وفي مثل هاتين الحالتين يصعب أن يؤدي التجاهل إلى إزالة هذا السلوك، بل على العكس قد يؤدي إلى مزيد من الاستجابات السلبية. افرض أن مريضا فصاميا قد أعطي عقارا لتهدئته فأصيب بعد هذا ونتيجة للدواء بمظاهر سلوكية منها التبلد والميل للنوم والتقاعس. إن تعديل هذه الأنماط السلوكية دون التوقف عن إعطاء الدواء قد يؤدي إلى نتائج سيئة تماما. وبالمثل فان الاهتمام بأشكال السلوك الشاذة التي تظهر لدى شخص يحاول أن يدعي المرض للحصول على مكاسب ثانوية لن يؤدي إلى تناقص في أنماط السلوك الشاذة بل قد يؤدي إلى زيادتها وتدعيم السلبي منها أكثر فأكثر. لهذا فيجب على من يقوم بالتدعيم سواء كان معالجا أو شخصا عاديا أن يهتم بخلفية الاضطراب السلوكي والاهتمام بالشروط السابقة على ظهوره.

أضف إلى هذا مسألة الفروق الفردية في القابلية للتغيير في هذا الاتجاه أو ذاك نتيجة للتدعيم الاجتماعي. فالتدعيم الاجتماعي بالمدح مثلا قد يؤدي إلى نتائج سلبية مع بعض المرضى خاصة المصابين بالبارانويا وبعض حالات الهستيريا، لان لفت الانتباه هو ما يصبو إليه هؤلاء المرضى، وهو عينه ما نقدمه لهم في أي خطة علاجية تقوم على التدعيم. ويتحسن أداء بعض المرضى ويزداد إذا ما استخدمنا معهم التدعيم السلبي (التجاهل) أو النقد. لهذا فيجب أن نكون حساسين لمسألة الفروق الفردية هذه عند التفكير في التخطيط لأي برنامج من التدعيم.

قضية أخرى يواجهها المعالجون بالتدعيم، وتتمثل في مدى تعميم ظهور الاستجابة المرغوبة في مواقف الحياة الأخرى بعد تفحصها في العيادة، أو في مركز العلاج النفسي. خذ مثلا حالة طفل مصاب باللجلجة وعسر الكلام، فاستطاع المعالج الملم بقواعد التدعيم والعلاج السلوكي أن يساعد الطفل بالتدريج على التخلص من السلوك غير المرغوب (اللجلجة) وتعلم أنماط جديدة من الطلاقة ويسر التعبير. الواضح أن المعالج حتى هذه

اللحظة قد نجح في إحداث سلسلة من الاستجابات المرغوبة، وهي الطلاقة في التعبير والتخلص من التهتهة، لكن كل ذلك تم أما في عيادة المعالج، أو في مركز العلاج النفسي. والسؤال الآن: ماذا يحدث لهذا السلوك الجديد الذي اكتسبه الطفل؟ انه سيخرج من حجرة المعالج للمنزل وللأصدقاء القدامى، والمدرسة وهم كما هم بنفس أنماطهم القديمة في التعامل معه. هل ستستمر استجاباته السوية وتتطور كما كان متوقعا لها ؟. أم إن الظروف الاجتماعية الأصلية التي ساعدت على ظهور اللجلجة ستكف السلوك السوي، وتخلق «اللجلجة» من جديد ؟ بعبارة أخرى، فان نجاح العلاج يجب أن يتبعه اهتمام بما يأتي:

1- تعميم أنماط السلوك السوي واستمراره في النمو والتطور في مواقف خارجية، لان هذا هو محك العلاج: الفاعلية لا في حجرة العلاج النفسي، بل الاستمرار في الفاعلية خارجها، ومع أشخاص آخرين، وفي مواقف اجتماعية اشمل وأكثر تركيبا.

2- تأكيد السلوك السوي الجديد وذلك بان نضمن استمراره في وجه الخبرات الجديدة التي قد يكون من شأنها كف المريض وإرغامه على العودة للحالة السابقة.

ونتيجة لهذا يقترح البعض[8] شروطا تساعد على استمرار النتائج الإيجابية للتدعيم منها: أن يكون الموقف العلاجي مشابها إلى حد بعيد للبيئة الطبيعية الاجتماعية التي تحيط بالمضطرب. وبهذا سيسهل على الشخص أن يعمم استجاباته السوية للبيئة بيسر وسهولة. ولهذا فمن الأفضل أن تتم إجراءات تعديل السلوك في البيئة نفسها. ويبدو أن هذا الاقتراح يكمن وراء حركة العلاج الأسري التي أخذت تجتاح الولايات المتحدة وأوروبا في الحقبتين الأخيرتين. حيث ينتقل المعالج (أو المعالجة) لأسرة المريض لفترات تتراوح من 24 ساعة إلى أسبوع لكي يلاحظ-أو تلاحظ-أنماط التفاعل في داخل الأسرة نفسها وموجها نصائحه على هذا الأساس. وبهذا لا يقوم المعالج بتعديل سلوك المريض وحده بل بتعديل سلوك كل من يحيطون بالمريض، أو بالأحرى فانه لا يقوم وحدة بعملية العلاج بل يحول البيئة المحيطة كلها إلى بيئة علاجية صالحة لتقبل الجيد وتطويره.

كذلك من الأفضل تدعيم الاستجابات الجيدة الجديدة بأكبر قدر ممكن

حتى تصبح متماسكة وقوية، وقادرة على مواجهة الصعوبات، والخبرات الاجتماعية السيئة. فالشخص الذي أمكن له أن يتعلم أساليب الثقة بالنفس وتأكيد الذات، قد يواجه في البداية بعض الشراسة من زملاء أو رؤساء العمل، أما لان تعلمه للسلوك الجديد لم يصبح جيدا بعد، أو لان زملاء العمل ورؤساءه قد اعتادوا منه على شكل مختلف من التصرف أو لكلا السببين. ولتجنب الكف والعودة إلى النمط المرضي السابق، فان الاستمرار في تدعيم الاستجابات الجديدة سيمنحها من القوة والتماسك ما يجعلها قادرة على مواجهة رياح التحدي. وعلينا هنا ألا ننسى مبدأ الحلقة المفرغة في العلاج الذي سبق لنا الإشارة إليه، ولكن على أن تحوله للصالح الفردي والاجتماعي. فالقوة في اكتساب العادة الجديدة، ستغير من إدراك البيئة الاجتماعية للشخص، وستضيف بالتدريج مدعما إيجابيا جديدا لتقوية السلوك الجديد وتطويره، ربما بسبب تقبل أنماط السلوك الجديدة، والاعتياد عليها، والبدء في التعامل مع الشخص بطريقة محترمة مثلا.

ومن جهة أخرى يوافق كثير من المعالجين السلوكيين على إضافة أساليب أخرى لزيادة احتمال حدوث السلوك المرغوب الجديد، وتأكيد فاعليته واستمراره، منها: إخضاع المريض في داخل مختبر أو حجرة العلاج لضروب شتى من التوترات والإحباطات المشابهة للإحباطات التي سيواجهها في الخارج. ومن المتفق عليه الآن أن تقديم جوانب أو خبرات مشابهة لخبرات البيئة الاجتماعية ببطء وبالتدريج، سيساعد المضطرب على التحكم في البيئة ومواجهتها بقوة بعد ذلك.

أضف إلى هذا أن النجاح يخلق نجاحا اكبر، فالشخص الذي ينجح في اكتساب شكل سلوكي جديد (تأكيد الذات، أو الطلاقة في التعبير عن النفس) النفس سينجح في اكتساب أشكال أخرى من السلوك لم تكن في الأصل موضوعا للعلاج. وهذه حقيقة تثبتها عشرات البحوث في هذا الميدان البكر. فنحن الآن نعرف - على وجه اليقين - أن النجاح في التخلص من سلوك سيئ (كاللجلجة) يصحبه نجاح مماثل في سمات شخصية مثل انخفاض القلق العام، وزيادة الثقة بالنفس، والإيجابية.. الخ[9] ومن شأن هذه النجاحات الثانوية أن تلعب دور المدعمات الإضافية الجديدة التي تزيد من قوة السلوك الجيد. وقد أمكن في إحدى التجارب دراسة آثار

التعميم على أنماط سلوكية جديدة. فقد تبين أن النجاح في تدعيم الاتجاهات الإيجابية نحو الطب والأطباء لدى مجموعة من الطالبات صحبه مزيد من الرغبة لديهن في المساهمة في التجارب الطبية، وفي أداء المقاييس الطبية[15] لأغراض البحث العلمي في ميدان الطب. ونعلم من دراسات التفكير الإبداعي أن تدريب الأفراد على التخيل ونجاحهم فيه يصحبه ازدياد في الثقة بالنفس، وبالسيطرة في المواقف الاجتماعية. وهناك ما يؤيد أن هذه التغيرات الجديدة تقوم بتشجيع وتدعيم الاستجابات التكيفية الجديدة التي أثارتها[11].

وفي حالات كثيرة قد يتعذر الوصول إلى مدعم مناسب لبعض الأشخاص إما لصعوبات عملية، أو لان مدعمات هذا الشخص تصل لدرجة من التركيب بحيث يتعذر خلقها له. وتمثل تلك النقطة مشكلة يواجهها عالم العلاج النفسي الحديث. ومن رأي أحد العلماء أنه يمكن تحويل كثير من النشاطات والاستجابات التي تصور عن الشخص إلى مدعمات مناسبة إذا ما ربطناها بدوافعه العامة. بعبارة أخرى فان المدعم نسبي، ولا توجد مدعمات مطلقة. ولهذا يلجأ المختصون في إدارة المرضى العقليين في المستشفيات النفسية بأمريكا إلى ضبط الجوانب المدمرة من سلوك مرضاهم بشيء مماثل. وعلى سبيل المثال أمكن استخدام التوقف عن العدوان، وانتهاج سلوك عاقل في التعامل مع الزملاء من المرضى الآخرين والأطباء كمدعم نتيجة لربطها ببعض الدوافع العامة لدى المرضى مثل الخروج من المستشفى في نزهة أو المساهمة في نشاط ديني أو اجتماعي في داخل المستشفى، مشاهدة فيلم سينمائي.. الخ.

ومرة أخرى، يقوم رجال السياسة (بدافع الرغبة في ضبط سلوك الناس) بأشياء من هذا القبيل بان يدعموا استجابات الخضوع والطاعة والحصول على تأييد المواطنين بربط هذه الاستجابات ببعض الاحتياجات والدوافع العامة السائدة لدى البشر، كتولي منصب جديد، أو خلق وظائف وكادرات وظيفية جديدة يشغلها من يبدون الطاعة لحكومتهم.

اعتبارات أخلاقية

ويقودنا هذا الكلام إلى مشكلة أخلاقية تتعلق باستخدام التدعيم..

فالتدعيم فيما يرى القارئ قانون من قوانين الحياة ساعد العلم على اكتشافه وبلورته. والقانون - كأي قانون - قد يستخدم بحكمة، كما قد يستخدم بطيش. أننا نعرف مثلا أن قوانين انشطار الذرة يمكن أن تستخدم بحكمة فائقة اليوم في أغراض سلمية وطبية، ولكن نفس هذه القوانين استخدمت في إبادة عشرات الألوف من البشر في «هيروشيما» و «نجازاكي» بطيش لم يسبق له مثيل في تاريخ البشرية.

كذلك الأمر فيما يتعلق بالتدعيم. فما عرضنا له حتى الآن فيما يتعلق باستخدام التدعيم إنما يشير إلى صورة مشرقة وإيجابية في ضبط جوانب الهدم والتدمير الذاتي والاجتماعي في سلوك لبشر (العصاب والذهان). وقد رأينا أن كل البحوث التي عرضنا لها تعطي - كليا أو جزئيا - نتائج إيجابية.. ولا شك في أن هذا يدل على أن الإلمام بقواعد التدعيم يعطينا سلاحا قويا لمواجهة المشكلات السلوكية والاجتماعية. لكن السلاح فيما أشرنا تتوقف فاعليته دائما على من يحمله: فهو في يد رجل البوليس حماية ودفاع وتحقيق للأمان (أو هكذا على الأقل يجب أن يكون)، لكنه في يد قاطع طريق أو لص قوة للعدوان والتدمير. والحكومات تواجه هذا بسن قوانين حيازة الأسلحة وإحرازها وتضع عقوبات قاسية لاستعمالاتها السيئة. وهذا نفسه ينطبق بصورة ما على العلاج السلوكي بالتدعيم (أو بغيره)، لكن ما تسميه الحكومات بقوانين حيازة الأسلحة وإحرازها نسميه نحن بالاعتبارات الخلقية. ولعل أول مبدأ خلقي للعلاج - السلوكي أو الفرويدي أو أي شكل آخر - ضرورة أن تكون قوانين تعديل السلوك والعلاج موجهة أساسا لخدمة المريض وبالتالي خدمة الآخرين. ويثير هذا الالتزام-الذي يجب أن يفوق أي التزام آخر للمعالج - مشكلة أخرى يواجهها أخصائيو العلاج في المؤسسات الاجتماعية بشكل عام بما فيها المستشفيات، ومراكز العلاج، والسجون، ومؤسسات التخلف العقلي.. الخ.. خاصة عندما تختلف - وكثيرا ما تختلف - أهداف المؤسسة مع الأهداف الإنسانية التي يجب أن تتحقق للمرضى. افرض على سبيل المثال أن المؤسسة تقدم طعاما قذرا، ويسيء العاملون فيها استخدام المرضى.. فيثور مريض معين. فهل يوجه المعالج سلاحه نحو المريض فيعمل بشتى الوسائل على تهدئته وإغرائه لتقبل الوضع الكائن ؟ أم يشجع لديه الاحتجاجات حتى يعود الإصلاح ؟

بالرغم من أن الإجابة واضحة على الأقل من الناحية النظرية في أن الالتزام الأول هو صحة المريض ورفاهيته.. فان التطبيق العملي، دائما ما تحيطه مشكلات. فلا زالت مؤسسات العلاج النفسي هنا وفي الخارج تجنح ما بين الحين والآخر لاستخدام قوانين ضبط السلوك بطريقة تتعارض مع حقوق البشر وحقهم في الشكوى والتعبير بإخضاعهم لأسوأ أنواع التشريط. وقد شهدنا في 1974 جزءا من ثورة الرأي العام والصحافة في أمريكا اثر ما اكتشف في أحد سجون ولاية «أيو» Iowa من ممارسة أساليب العقاب بحقن المساجين «بالابومورفين» عندما تصدر منهم أي استجابات غير مرغوبة من وجهة نظر المؤسسة. وأسوأ ما في هذه القصة أن بعض من كانوا يساعدون على ذلك الأطباء النفسيون المشرفون.

وما يحدث في مستشفيات التخلف العقلي لا يقل عن هذا سوءا. فقد سمعت أخصائيا نفسيا إكلينيكيا عربيا يبدي تشجيعه وتقبله لصفع أحد المرضى بقوة وفور صدور بعض استجابات العدوان الذاتي التي كانت تصدر عن هذا المريض بين الحين والآخر، كطريقة لتعديل هذا السلوك التدميري. وتعتمد كثيرا من المصحات على العقاقير المهدئة، والجلسات الكهربائية وعلى حبس المريض والاستخدام الإجباري لأنواع معينة من العلاج. ومن المؤسف أن كثيرا من هذه الوسائل تموه وتبرز بصورة كما لو كانت علاجا، بينما لا تعدو في الحقيقة اكثر من كونها سبيلا للسيطرة وفرض الانضباط على النزلاء «الوقحين»، والمتمردين، والعدوانيين من وجهة نظر العاملين.

فما هو المخرج من هذا المأزق الأخلاقي ؟ ليس بالطبع في التخلي عن قوانين من العلاج تثبت فاعليتها في توجيه السلوك البشري يوما بعد يوم.. وليس بالتخلي عن البحث العلمي في هذه الموضوعات وإثراء العلم وقوانينه. وإنما يكمن الحل فيمن يستخدم هذه القوانين، وفي عالم القيم الذاتية والاجتماعية لهؤلاء الذين يقومون بتطبيق هذه القوانين.

ولا شك في أن مزيدا من حركات الإصلاح الاجتماعي الذي يجب أن يشمل نظام المستشفيات والمصحات العقلية سيتكفل في حل كثير من أجزاء الأزمة. فلقد وصف واحد من علماء الاجتماع المتعمقين المستشفيات العقلية بأنها «مؤسسات كاملة»، وهو يعني بذلك الإشارة إلى حقيقة مؤسفة تتعلق بأماكن يخضع فيها النشاط للتنظيم الشديد والرقابة والملاحظة الدائبة

من قبل الأجهزة الإدارية المختلفة. وفي مثل هذه الظروف:

«تصبح حاجات الفرد ورغباته في منزلة ثانوية، بينما تكون الأهمية الأولى لإدارة المستشفى إدارة تتميز بالسلاسة والخلو من المشكلات. أي أن شئون الفرد في المستشفيات العقلية الكبيرة توضع في منزلة ثانوية، بينما تأتي إدارة المرضى وضبط أمورهم في المنزلة الأولى»[12].

ولاشك أيضا أنه لا بديل للمعالج السلوكي إلا بالتسلح بمزيد من الأخلاقيات المهنية. لكن مفهوم كلمة أخلاق يثير عددا من المشكلات النظرية.. فالتفسيرات الأخلاقية غالبا ما تعالج على أنها تفسيرات ذاتية دائما.. ولهذا فالأحرى أن نتكلم عن ضرورة وجود مجموعة من الالتزامات الرئيسية التي تفرضها ممارسة المهنة، منها

أولا: عدم استخدام أي أسلوب علاجي إلا بموافقة الشخص وبرضائه، ومنها ثانيا: أن يكون الهدف هو صالح المريض و تكامله. ومنها ما قاله الفيلسوف «كانت» في عبارات بسيطة:

«لا تعامل كائنا بشريا آخر على أنه وسيلة لغاية من الغايات، بل انظر إليه دائما على انه غاية في ذاته ولذاته».

وتطبيق هذه الالتزامات ستحوطه دون شك مصاعب ومشكلات، ولكن أليست هذه مشكلة عامة نواجهها دائما عند التطبيق؟ ثم متى كانت المشكلات البشرية يسيرة الحل، وسهلة الصياغة؟.

أن المعالج النفسي فيما أرى يعتبر بمعنى ما حارسا للقيم الإنسانية الأصيلة ولحقوق الأفراد الإنسانية وداعية إصلاح اجتماعي إذا ما هددت تلك القيم، أو أخضعت الكرامة الإنسانية للتشريعات المهينة.. وعائد عالم النفس من هذا لا يختلف في كثير من الأحيان عن عائد أي حارس أخلاقي للمجتمع وعلى مر التاريخ: أن يواجه بالتشكك وربما بأشكال من الصراع المرير.

تعليق وخلاصة

تستجيب البيئة الاجتماعية لتصرفات الناس بأشكال مختلفة من التقبل أو الرفض. وإذا كانت استجابة البيئة بالتقبل فان هذا يؤدي إلى تدعيم التصرف أو السلوك موضوع هذا التقبل. ويطلق على الاستجابات التي

تستجيب بها البيئة للتصرفات والأفعال الإنسانية مفهوم التدعيم. ويكون التدعيم البيئي إيجابيا إذا أدى إلى زيادة في شيوع السلوك السليم والسوي. ويكون سلبيا إذا أدى إلى زيادة السلوك المضطرب والشاذ. فكما يدعم المجتمع أشكالا جيدة من السلوك، قد يدعم أشكالا شاذة ومضطربة.

وتقرر نظرية التدعيم أن الاضطراب بأنواعه المختلفة يحدث بسبب عمليات تدعيم سلبية للسلوك الشاذ. فالتدعيم الخاطئ بإظهار الانتباه وتلبية رغبات الأشخاص عند انغماسهم في أشكال شاذة من السلوك أو مدمرة للذات أو المجتمع سيؤدي في الغالب إلى زيادة في تلك الجوانب الشاذة وبالتالي سيزداد حظ الشخص من الاضطرابات والشذوذ. وتتدعم غالبية الاضطرابات المصاحبة للأمراض النفسية والعقلية ومشكلات الأطفال بهذا الشكل. فعناق الطفل عندما يبكي، والاستجابة لهلاوس الفصاميين على أنها علامة من علامات الورع، والسكوت على عدوان الجانحين وتدميرهم للآخرين، وإظهار الإعجاب بسلوك الجانحين والتسلطيين العدواني والمدمر للآخرين، والإنصات للمكتئبين عندما يثرثرون عن أمراضهم الجسمية ومتاعبهم في العمل والحياة، والنظر لتوتر القلقين على أنه علامة من علامات العبقرية والإبداع.. كل هذا وغيره يعتبر مظهرا من مظاهر التدعيم الاجتماعي السلبي (المقصود أو غير المقصود) للاضطرابات النفسية والاجتماعية المختلفة.

واختفاء التدعيم الإيجابي لا يقل خطرا عن التدعيم السلبي الخاطئ، بل انه يعتبر سببا رئيسيا في ظهور بعض الاضطرابات النفسية والعقلية. فالاكتئاب، مثلا يحدث أساسا بسبب عدم وجود بيئة اجتماعية تمنح التدعيم الإيجابي وتثير الدوافع والفعل والنشاط. لذلك تبين الدراسات أن الاكتئاب يزداد بين كبار السن، أو المحالين على المعاش، والمساجين السياسيين، وربات البيوت، واثر الأزمات الاجتماعية كفقدان شخص عزيز، أو مرض شديد، أو الفصل من عمل أو مهنة.. الخ. مما يدل عن أن الافتقاد للتدعيم الاجتماعي يرتبط ارتباط وثيقا بظهور الاكتئاب النفسي وربما الانتحار.

وعندما يستخدم مبدأ التدعيم بطريقة منظمة يمكن أن يصبح وسيلة فعالة لتعديل السلوك ومواجهة كثير من المشكلات الإنسانية بحلول إيجابية. واختص هذا الفصل بتقديم صورة موجزة ومبلورة لاستخدام التدعيم في

العلاج النفسي. ويتطلب استخدام التدعيم في العلاج أن نبدأ أولا بالتحديد النوعي للاضطراب الذي نريد علاجه، والأهداف التي نرغب في الوصول إليها، ثم حصر الظروف الاجتماعية المحيطة بظهور الاضطرابات، والاستجابات الاجتماعية التالية لظهوره. ثم يبدأ تعديل السلوك بعد هذا من خلال التجاهل عندما تظهر الجوانب المضطربة غير المرغوبة عن السلوك. وقد عرضنا لنتائج عدد من الدراسات التي تبين الإمكانيات الواسعة والمختلفة التي يمكن أن يتطور لها البشر عندما نولي اهتمامنا لجوانب إيجابية من سلوكهم متجاهلين الجوانب السلبية منهم. ويصدق ذلك على حالات مختلفة كالفصاميين، وعيوب الكلام، والقلق، والانسحاب الاجتماعي. وقد أمكن حديثا[13] استخدام أساليب التدعيم في علاج حالات الاكتئاب. وكمثال على ذلك أنه أمكن علاج سيدة في الخامسة والأربعين كانت تشكو من اكتئاب شديد، وذلك بتدريب أفراد أسرتها (زوجها وأبنائها) على تجاهل أحاديثها عندما كانت تنصب على الشكاوى البدنية، وتوهم الأمراض، والتعب، و اليأس والتهديد بالانتحار (وهي الأعراض التي تصاحب عادة ظهور الاكتئاب)، مع إبداء الاهتمام والتشجيع عندما كانت السيدة تبدي أي مظهر من السلوك، أو النشاط، أو الحديث عن موضوعات إيجابية متفائلة، أو عندما كانت تقوم بأداء أعمالها المنزلية، والخروج لصديقاتها ... الخ. وعندما توقف أفراد الأسرة عن ذلك عادت السيدة إلى نفس حالتها الاكتئابية، ولكن سرعان ما تحسنت عندما عادت الخطة العلاجية واستمر تحسنها مطردا بعد ذلك دون انتكاسات.

ولكي يكون التدعيم فعالا يجب أن تصحبه شروط منها: أن يكون فوريا، وأن يكون موضوع التدعيم مرغوبا من الشخص. والتدعيم المتقطع أفضل من التدعيم المستمر من حيث تأثيره على السلوك الجديد المكتسب. كما يجب الاهتمام بالشروط المحيطة بالسلوك، وإلغاء الوظيفة (أو المكاسب الثانوية) التي يؤدي لها السلوك السيئ. ولكي نضمن استمرار الاستجابات الجيدة بعد ظهورها بفعل التدعيم من الأفضل أن تنفذ خطة العلاج في البيئة الطبيعية للشخص أو على الأقل في بيئة مشابهة، كما أن إشراك المحيطين بالشخص (الأسرة أو الزملاء) وإعلامهم بخطة العلاج وأهدافه تؤدي إلى استمرار تطور السلوك السوي، والصحة. وتدعيم سلوك جيد

يصحبه تغيير إيجابي في خصائص سلوكية أخرى. وتعتبر هذه التغيرات الجديدة من العوامل التي تساعد بدورها على استمرار ظهور الأنماط السلوكية الجديدة وثبوتها.

ولما كان التدعيم سلاحا ذا حدين، يستخدم في أغراض علاجية إنسانية كما قد يستخدم في أغراض لا إنسانية كالتلاعب بالبشر والتحكم اللاخلقي في سلوكهم، فان من الواجب الالتزام ببعض القواعد الخلقية، كضرورة الحصول على موافقة الشخص ورضائه فضلا عن أن يكون الهدف دائما هو دفع الشخص لمزيد من التكامل والارتقاء والفاعلية.

وتبين البحوث الحديثة مع هذا أن التدعيم لا يصلح وحده في تفسير السبب في أن شخصا معينا يستجيب بالاكتئاب - مثلا - عند الافتقاد للتدعيم، بينما قد يستجيب شخص آخر بالعدوان أو باللامبالاة. إذ لا بد من دراسة أساليب الناس في التفكير واتجاهاتهم نحو التدعيم.. حتى يكون إلمامنا بقواعد تعديل السلوك متكاملا. وهذا هو موضوع الفصل القادم.

مراجع وتعليقات

(1) Skinner, B. F. Science and human behavior. New York Macmillan, 1953.

(2) للمزيد من استخدامات مبدأ التدعيم في تعديل سلوك المرضى العقليين والفصاميين بشكل خاص انظر:

Hagen, R. Behavioral therapies and the treatment of-. Schizophrenics. Schizophrenia Bulletin, 1975.Issue No. 13, pp.70-96.

(3) Kazdin, A.E. Behavior modification in applied settings Homewood, Illinois: Dorsey Press, 1975.

(4) Hagen, Op. cit., 1975.

- Hagen, Op. cit., 1975.

(5) للمزيد عن تطبيقات مبدأ التدعيم في علاج المشكلات السلوكية للأطفال أنظر: قول واطسون، تعديل سلوك الأطفال، ترجمة محمد فرغلي-وسلوى الملا القاهرة: دار المعارف، 1976.

(6) Premack, D. Reversibility of the reinforcement relation Science1962, 163, 255-257.

(7) هول ليندزي، نظريات الشخصية، ترجمة فرج احمد فرج وآخرين القاهرة: الهيئة العامة للكتاب، 1971.

(8) للمزيد عن التدعيم وشروطه وتطبيقاته انظر:

Golldfried, M. R. & Davison, G. C. Clinical behavior the rapy New York: John Wiley, 1976.

(9) للاطلاع على النتائج الإيجابية التي يؤدي لها النجاح من التخفف من الأعراض المرضية على الشخصية أنظر ما يكتبه «أيزنك» سواء في بعض كتبه المترجمة للغة العربية، أو الكتب التي لم تترجم. وقد سبق أن أشرنا في الفصول السابقة إلى عدد منها. كذلك انظر:

(10) Krasner, L. The therapist as a social reinforcement—machine. In Hp H. Strupp and L. Luborsky (eds.), Research in Psychotherapy. Vol. 2 Washington, D.C. APA, 1962

(11) للاستزادة عن آثار تدعيم القدرات الابتكارية والإبداعية على الشخصية انظر: عبد الستار إبراهيم، التوجيه التربوي للمبدعين، مجلة العلوم الاجتماعية (الكويتية)، عدد أبريل، 1979.

(12) عبد الستار إبراهيم، ثلاثة جوانب من التقدم في دراسة الإبداع، تحت النشر.

(13) شلدون كاشدان، علم نفس الشواذ، (مرجع سبق ذكره).

الحواشي

(*) وهو يختلف عن التعلم التقليدي كما صاغه بافلوف، والتي يحدث بصورة آلية بسبب الارتباط بين المنبهات الأصلية (ظهور الطعام) والشرطية (صوت الجرس). للاستجابة لصوت الجرس بإفراز اللعاب عند الكلب في تجارب بافلوف يحدث بطريقة آلية انعكاسية.

(*1) في كثير من القرى العربية تعامل الهلاوس الصادرة عن المرضى العقليين (المجاذيب) وضعاف العقول على أنها علامة من علامات الورع، ويعامل ضعاف العقول أحيانا على أنهم من أولياء الله.

(*2) قد يزعم بعض المحللين النفسين أن جمع معلومات عن تاريخ الحياة أيضا مرحلة سابقة للعلاج. لكن من المؤكد مع هذا أن العلاج التالي القائم على جمع تاريخ حياة المريض غير قائم على تحليل سلوكي دقيق للشروط المحيطة بتكوين العرض. ومع هذا فان بعض المحللين النفسيين ينجحون في علاج مرضاهم، لكن يبدو مع هذا إن كثيرا من جوانب هذا النجاح تعود لاستخدام هؤلاء المحللين أساليب من التدعيم لكن انشغالهم بمفاهيم فرويد النظرية يبعدهم عن التنبه لتدخل هذه المتغيرات.

7 العقلانية أو تعديل أخطاء التفكير

تمهيد:

تنبه الفلاسفة اليونانيون منذ القدم إلى أن الطريقة التي ندرك بها الأشياء وليس الأشياء نفسها هي التي تجسم سلوكنا بالاضطراب أو السواء. وفي هذا الصدد يقول «ابيقورس» «لا يضطرب الناس من الأشياء، ولكن من الآراء التي يحملونها عنها».

أما العلاج النفسي - السلوكي المعاصر فيسلم أيضا بان كثيرا من الاستجابات الوجدانية والسلوكية والاضطرابات تعتمد إلى حد بعيد على وجود معتقدات فكرية خاطئة يبينها الفرد عن نفسه وعن العالم المحيط به. ومن هنا ابتكر المعالجون النفسيون مفاهيم وآراء مختلفة عن قيمة العوامل الذهنية والفكرية في الاضطراب النفسي. وتتفاوت هذه المفاهيم: فهي عند أدلر Adler تشير إلى «أسلوب الحياة الذي يتبناه العصابي أو الذهاني[1]. وعند البعض الآخر تشير إلى أساليب الاعتقاد[2]، ويستخدم البعض الثالث مفهوم «الفلسفة الشخصية»[3]. أما ألبرت أليس Ellis فيستخدم

مفهوم «الدفع المتعقل». وبالرغم من الاختلافات الظاهرة في هذه المفاهيم فان هذه الطائفة من الباحثين والمعالجين تتفق على أن الاضطرابات النفسية أو العقلية لا يمكن عزلها عن الطريقة التي يفكر بها المريض عن نفسه وعن العالم أو اتجاهاته نحو نفسه ونحو الآخرين. وان العلاج النفسي بالتالي يجب أن يركز مباشرة على تغيير هذه العمليات الذهنية قبل أن نتوقع أي تغيير حاسم في شخصية المريض، أو في الأعراض التي دفعته لطلب العلاج.

لهذا يلاحظ أحد الباحثين في العلاج النفسي أن «كل أشكال العلاج النفسي - بما فيها العلاج السلوكي - تعلم الناس أن يفكروا، وان يشعروا، وبالتالي أن يسلكوا بطريقة ملائمة ومختلفة[4]». ومن ثم فان نجاح العلاج النفسي، أو نجاح الشخص في التغير الإيجابي يجب أن يكون مصحوبا بتحسن في طريقة تفكيره والتغير فيها.

كذلك فان الدراسات الحديثة لعلماء النفس تبين أن تأثير كل أساليب العلاج تقريبا بما فيها استخدام العقاقير[*] والأساليب الفسيولوجية تعتمد اعتمادا حاسما في تحقيق نجاحها-على عوامل معرفية مثل: توقع مكاسب علاجية، والمعلومات التي يحصلها المريض عن مواقف الخوف، والقلق، والاكتئاب، والتدريب على ضبط الانتباه، واتجاه الشخص نحو المعالج، ونحو العلاج النفسي بشكل عام[5]. وهي كلها فيما يلاحظ القارئ عوامل تنتمي إلى أسلوب تفكير المريض، واتجاهاته العقلية.

غير أن من الضروري أن نشير إلى أنه بالرغم من الاعتراف المتزايد في الوقت الحاضر بدور العوامل المعرفية وأهمية تغيير أساليب التفكير في العلاج النفسي-السلوكي فان هذا الاعتراف جاء متأخرا وبخطوات مترددة. فلفترة قريبة لم يكن المعالج السلوكي يولي اهتماما يذكر لدور هذه العوامل معتبرا إياها عوامل داخلية لا يمكن إخضاعها للملاحظة أو التعديل المنظم، وكان الاهتمام جل الاهتمام فيما رأينا في الفصل السابق متجها إلى السلوك الظاهري أو الأفعال الظاهرية المضطربة. فعلاج القلق - على سبيل المثال - كان مركزا على تغيير الأفعال الظاهرة التي تبدو لدى الشخص القلق، كالرعشة، والإغماء، وخفقات القلب.. الخ دون اهتمام بالأفكار التي يقولها المريض لنفسه، أو اتجاهاته نحو مواقف لا تستثير بطبيعتها هذا التوتر.

ولفترة قريبة لم يكن «ولبي» - مثلا - يرى أهمية ما للتأثير في أساليب التفكير. فمن رأيه أن البدء في تعديل السلوك أهم من التعديل في طرق التفكير، لان تعديل السلوك (سلوك الخائف، أو المتوتر مثلا)، يؤدي بعد ذلك إلى تعديل في الظواهر الفكرية كالاستبصار، والتغير في الاتجاهات والمعتقدات وليس العكس. ويدعي بأنه لم يعثر على تجربة واحدة تبين أن تغيير المسالك الذهنية والاستبصار يصحبهما تغيير في السلوك الظاهري. ونتيجة لهذا يرى بان كل ما نحتاج إليه هو ابتكار طرق فعالة وحاسمة للتعديل من السلوك الظاهري «غير السلوك، وستتغير معه أساليب التفكير».

على أن الأمر لم يقبل من المعالجين والباحثين بهذه البساطة. فمنذ عام 1965 عكف الباحثون في العلاج النفسي على دراسات مكثفة لم تدع نتائجها مجالا للشك في أن المرض النفسي تصحبه اضطرابات في طرق التفكير، وأن التغيير من هذه الطرق يصحبه تغيير في التوافق والسلوك.

أما لماذا لم يجد «ولبي» حالة أدى فيها تغيير التفكير إلى تغيير في السلوك ؟ فلأنه كان - مثله في ذلك مثل المعالجين السلوكيين في الفترات المبكرة من تاريخ هذا المنهج - ينتقي الحالات المرضية التي يشكل فيها الاضطراب السلوكي محورا لكل الأعراض الرئيسية.

وحديثا نجح «لازاروس» في علاج حالة ضعف جنسي لدى شاب في السابعة والعشرين من عمره بعد أن فشل معالج سلوكي تقليدي مشهور معه. لان «لازاروس» لم يجعل همه التعديل من الاضطراب السلوكي ذاته (وهو الضعف الجنسي)، بل ركز على طريقة تفكير المريض، واتجاهه نحو الجنس عموما عندما كان يضاجع زوجته. فلقد كان المريض يتصور بان العلاقة الجنسية الزوجية نوع من العبودية، وان الإدمان الجنسي كالإدمان على المخدرات. إن من العبث إغراء هذا المريض باستخدام طرق العلاج السلوكي التقليدية لعلاج الضعف الجسمي مباشرة (كالاسترخاء عند الاتصال الجنسي مثلا) وهو يعتنق مثل هذه التصورات. إن من الضروري أن نعدل منذ البداية اتجاهه نحو «الجنس» ونحو معتقداته الخاطئة عن العلاقات الزوجية. ولهذا أمكن بنجاح علاج هذا الشخص في أسابيع قليلة من المناقشة والإقناع ودحض أفكاره الخاطئة عن هذه الموضوعات.

وكعادتنا في تناولنا لموضوعات هذا الكتاب-خاصة ما يتعلق منها بمناهج

العلاج. سنحاول في الصفحات الآتية أن نبين بمختلف الأدلة أن تعديل المسالك الذهنية ضروري لنجاح العملية العلاجية ولتغيير الشخصية، وأنه يؤثر تأثيرا مباشرا في إثارة الاضطراب وفي إثارة الشفاء، كما سنعرض لجوانب التفكير التي تصاحب الأمراض النفسية وتلك التي تصاحب الصحة النفسية. وفي الجزء الأخير من هذا الفصل من هذا الكتاب سنكشف عن بعض الأساليب الفعالة في تغيير السلوك الذهني.

أدلة على فاعلية أساليب التفكير في أحداث الاضطراب النفسي وفي العلاج منه

أما الأدلة التي سأسوقها هنا للكشف عن أهمية أساليب تفكيرنا - وطريقتنا في الاعتقاد عن الأشياء وعن النفس - في إثارة الاضطرابات النفسية والاجتماعية والعقلية فيعتمد بعضها على استقصاء للآراء النظرية الفلسفية، ويعتمد بعضها الآخر على النظريات العلمية، والبعض الثالث يعتمد على الأدلة التجريبية الحديثة.

أولا: من الناحية الفلسفية أشرنا إلى الآراء الفلسفية للمدرسة الابيقورية التي ترى بأننا نضطرب لا من الأشياء ولكن من آرائنا عنها. ولهذه المدرسة آراء أخرى تسهم في الكشف عن قيمة تعديل المسالك الذهنية في تحقيق السعادة والتواؤم مع النفس والبيئة. فالفلسفة الرواقية ترى مثلا بأن مالا يمكن تعديله يجب إما تقبله، أو طرحه جانبا. فقد لا يقبل الفرد كثيرا من وقائع الحياة التي لا أمل في تغيرها أو إصلاحها (كوفاة قريب، أو وجود جوانب نقص فينا، عجزنا عن الكمال، اختلاف الناس عنا.. الخ) لكن الفرد بعدم تقبله لهذه الحقائق الحتمية يجعل نفسه مستهدفا لكثير من ألوان التعاسة والاضطراب، بمعنى أنه إذا واجه مشكلة ما أو موقفا حتميا لا يملك تعديله، فإن تبديده لطاقته في التفكير في هذه المشكلة لن يعود عليه بفائدة، بل سيؤدي في النهاية إلى تضخيم توتره النفسي والانفعالي، منتهيا به إلى مضاعفات من الشقاء اكبر بكثير من المشكلة أو الموقف ذاته. والحقيقة أن كثيرا من مشكلات العصابيين وغيرهم تنتج بسبب الأوجاع والمحن التي تتملكهم في التعامل دائما مع الأشياء المستحيلة. فالعصابي يبحث دائما عن المستحيل أو المتعذر متجاهلا التعامل مع الممكن وتنميته. ويؤدي به هذا

في النهاية إلى الإجهاد النفسي، والشك في إمكانياته، وبالتالي التفكير في البيئة على أنها مصدر للمتاعب والتهديد وإثارة المصاعب والتوترات.

وينظر بعض المعالجين لمبادئ الفلسفة الرواقية على أنها فلسفة للصحة النفسية والسعادة الخاصة. لهذا بدأ طبيب نفسي سنة 1950 محاولة لتوظيفها للعلاج النفسي[6]. وذلك بان كان يسأل طالب العلاج أولا أن يعرف أن اضطرابه يرجع إلى مبالغته الانفعالية في الاستجابة للمواقف أو المواقف المثيرة للاضطراب. ثم يطلب من المريض بعد هذا أن يدحض هذا الميل المبالغ فيه بالاستجابة للبيئة من خلال الاقتناع الذاتي بان الخطر - لو كان هناك خطر - لن يؤدي إلى نهايتها. وفي رأي هذا الطبيب أن مبالغاتنا في الإستجابة للبيئة تكون إما ناتجة عن تصور أن موقفا خارجيا أو شخصا قد اخطأ فنيا وأساء إلينا، وإما عن تصور بأننا أخطأنا في حق شخص آخر... وكلا الصورتين خاطئ من الوجهة المنطقية طالما أنه لا يوجد دليل على صحة أي منهما.

ويكتب برتراند راسل في سنة 1930 كتابا عن الطريق إلى السعادة[7]. ويعرض فيه بعض الأفكار التي أسهمت في حركة تعديل التفكير الحديثة. وكمثال على هذا يذكر «راسل» أن الإنسان قد يشعر بالراحة والخلاص والهدوء إذا ما حاول - عند الشعور بالخوف من شيء معين - أن يتخيل أسوأ النتائج وان يركز الذهن فيها وان يقنع نفسه بان ليس في هذا نهايته. كذلك يرى أن:

«... من أسلم الطرق لمواجهة أي نوع من الخوف أن تفكر فيه بهدوء وبطريقة متعقلة، ولكن بتركيز شديد إلى أن يتحول إلى شيء مألوف لديك. وفي النهاية فان الألفة بالموضوع المخيف ستستأصل الشعور بالخوف».

وفي موقع آخر يقول راسل:

«دائما ما يتحول الرأي العام بكل طغيانه نحو من يظهر خشيته منه، أما هؤلاء الذين لا يكترثون به فنادرا ما يتحول الرأي العام ضدهم».

ومن الواضح أن «راسل» في هذا يتبنى فلسفة للسعادة الإنسانية تستخلص أساسياتها من أن العقيدة تحكم السلوك، وأن التفكير في أمور الحياة بطريقة منطقية ومتعقلة تصحبه أيضا حياة وجدانية هادئة وخالية من الاضطراب - وسنرى فيما بعد أن بعضا من مبادئ تعديل السلوك

الذهني تستخدم عملية تحليل نظرية مماثلة.

ثانيا: ومن ناحية أخرى هناك من التحليلات النظرية للنتائج الحديثة للعلاج النفسي ما يضيف تأييدا على التأييدات الفلسفية السابقة بأن تعديل السلوك في حالات الاضطرابات النفسية والعقلية يتم بسبب التغير في العوامل الفكرية وفي الأساليب الذهنية للشخص. ويلاحظ أحد المعالجين المحدثين[8] بان كثيرا من المعالجين السلوكيين يستخدمون - بوعي أو دون وعي - أساليب لعلاج مرضاهم وتعديل معتقداتهم واتجاهاتهم جنبا إلى جنب مع مناهجهم السلوكية القائمة على عمليات التدعيم والتشريط. يلاحظ مثلا «كانفر» Kanfer من الينوى Illinois بان من بين الأنماط الثلاثة الرئيسية الحديثة في العلاج يوجد نمطان على الأقل يكتسبان فاعليتهما في التأثير على الشخصية بسبب عوامل ذات طابع ذهني وفكري. أما الأنماط الثلاثة التي يستخدمها المعالجون السلوكيون في الوقت الراهن وفي ضوء تحليلات «كانفر» فهي:

1- نمط العلاج من خلال تحريض المريض على إحداث التغير في نفسه وفي بيئته، وذلك كأساليب تأكيد الذات التي سبق الإشارة إليها. والمعالج بهذا المعنى ما هو إلا محرض على التغيير واتخاذ مواقف جديدة اكثر كفاءة في مواجهة الحياة الاجتماعية.

2- نمط التشجيع على القيام بالسلوك الملائم من خلال الاقتداء والمحاكاة والتكرار.

3- تدعيم وتعديل السلوك بالطريقة التي سبق الإشارة إليها في الفصل السابق. وفي هذه الأنماط الثلاثة لا يوجد في الحقيقة إلا النمط الثالث الذي يمكن أن ينتمي إلى نظرية «سكينر» ونظرية التعلم بالمعنى التقليدي. أما النمط الأول فيتضمن العمل على تدعيم التغير في اتجاهات المريض مع إقناعه وإغرائه بتغيير أنماطه الفكرية، ومن ثم أساليبه في التفاعل. ويتضمن النمط الثاني عوامل فكرية مماثلة إذ نعطي الشخص فرصة ملائمة لتقييم اضطراباته السلوكية، مع إعطائه بدائل سلوكية ملائمة وجديدة ودون تخوف من النتائج. وفي كلا النمطين الأول والثاني يوجد شكل من أشكال تعديل التفكير.

أضف إلى هذا أن النجاح في بعض مناهج العلاج السلوكي - كما أشرنا

في فصول الكتاب السابقة - قد يعزى إلى تغيرات ذهنية وفكرية. تناول على سبيل المثال أسلوب تأكيد الذات والتشجيع على الحرية الانفعالية. ماذا تجد في هذا الأسلوب ؟ تجد في الحقيقة معالجا نفسيا يوجه مرضاه للدفاع عن حقوقهم الرئيسية من خلا ل التشجيع على تنمية الثقة بالنفس، تجد معالجا يعلم مرضاه ما الذي يجب أن يقولوه، وكيف يقولونه في مواقف الإحباط والتأزم. بل أن «ولبي»، وهو المتشدد في الاتجاه السلوكي يلاحظ أن بعض التغيرات تحدث في سلوك مرضاه بعد نجاحهم في تأكيد الذات، وتشمل هذه التغيرات طريقة تفكير المريض واتجاهاته العقلية. من هذه التغيرات التي لاحظها أن المريض يبدأ في إدراك مبالغاته الانفعالية في تقدير الأشياء، كما يدرك أن مخاوفه كانت تشويها للواقع، وبالتالي يبدأ المريض في اعتناق أفكار وتصورات واتجاهات جديدة تتفق من حيث واقعيتها مع واقع الموقف.

تناول أسلوبا سلوكيا آخر كأسلوب التطمين التدريجي، ستلاحظ أيضا أن العلاج يمر بمراحل ثلاث هي:

1- التدريب على الاسترخاء العميق.

2- تدريج الخوف والقلق.

3- تخيل مواقف الخوف موقفا موقفا مع الاسترخاء.

وتبين لنا البحوث الحديثة أن التخيل وحده (وهو عامل - ذهني) دون كل المراحل الأخرى هو العامل الضروري في إزالة الخوف، أما الاسترخاء، ووضع التدريجات فهي تمثل أهمية أقل في التعديل السلوكي.

ثم لاحظ أيضا عملية العلاج نفسها.. هل يتم التغير دون إرادة المريض؟ وهل يمكن أن يشفى المريض ويختط لنفسه أساليب جديدة في التفاعل والتوافق دون وجود قدر من التوقع الذهني للشفاء، والأمل الإيجابي في نجاح. أسلوب العلاج المستخدم ؟ بالطبع لا. بل أن هناك نظرية تحتل في الوقت الحاضر اهتمام عدد لا بأس به من علماء الشخصية والعلاج النفسي ومؤداها أن سلوك الفرد وعملياته النفسية الأخرى تتوقف على توقعه للطرق التي ستحدث بها أشياء معينة (انظر المرجع رقم 8). بعبارة أخرى، فان سلوك الفرد تحكمه إلى حد بعيد عوامل معرفية وفكرية كالتوقع، وطريقة التنبؤ بحدوث أشياء معينة.

فالشخص الذي يتعرض لتجربة فشل في عمل، أو صداقة، أو حب قد يصيبه الاكتئاب والحزن إذا ما كان يتوقع بأنه لن يجد بديلا لخسارته للعمل، أو للشخص. واستجاباته المكتئبة الحزينة ستختلف لهذا عن شخص يتبنى توقعات مختلفة تقوم على الأمل في وجود بديل ناجح لخسارته. ولهذا السبب قد ينجح العلاج مع شخص بينما لا ينجح مع شخص آخر.

ثم إذا نظرت إلى سلوك العصابي أو الذهاني فستجد دون شك أن سلوكهما الدفاعي وغير الواقعي إنما قد يكون ناتجا عن نقص في المعلومات عن أساليب السلوك الملائمة. فطالب الكلية الذي يأتي من قرية صغيرة والذي يرغب بشدة في الحصول على التقبل الاجتماعي قد لا يكون خجولا، ولكنه لا يعرف ببساطة أساليب التقرب وأساليب التفاعل الاجتماعي[9]. فلأننا لا نعرف ما هو الصحيح قد نسرف في ممارسة ما هو خاطئ.

ثالثا: سأنتقل الآن إلى مجموعة ثالثة من الأدلة على فاعلية العوامل الذهنية في إثارة الاضطرابات الوجدانية والسلوكية. وسأطلق على هذه المجموعة من الأدلة:

الأدلة التجريبية، لان بعضها يأتينا من معامل علماء النفس السلوكي ذواتهم، والبعض الآخر يأتينا من تجارب باحثين معاصرين ينتمون لفرعين رئيسيين من فروع علم النفس وهما: الشخصية وعلم النفس الاجتماعي.

لنتأمل بعض النتائج التجريبية التي جاءتنا من دراسات بافلوف - مؤسس المدرسة السلوكية - لنرى ما إذا كان في نظريته أثر لما يسمى بالعوامل العقلية أو الذهنية. أن الكثيرين قد فهموا «بافلوف» خطأ على أنه صاحب نظرية ضيقة لوصف السلوك بمقتضاها لا تزيد الظواهر السلوكية (من تعلم وخوف وحب وصداقة، واكتئاب وتفاؤل وتشاؤم.. الخ) عن كونها استجابات شرطية.

ليس هذا هو كل «بافلوف» في الحقيقة، فهناك جوانب مجهولة في نظريته تجعل منه عبقريا بحق من حيث تنبهه لتعقد السلوك الإنساني وبالتالي تعدد الشروط الموجهة لهذا السلوك. ففي عدد من التجارب أمكنه أن يحدث في حيواناته حالة من الاضطراب النفسي الشبيهة بالاضطرابات العصابية لدى البشر، وأطلق عليها اسم العصاب التجريبي. وفي تحليله لهذا العصاب التجريبي لدى الحيوانات لاحظ أن السلوك اللاتوافقي أو

المرضي يحدث بسبب عوامل منها:

1- استخدام منبهات حادة وشديدة (كأن يصحب تقديم الطعام بضوء مبهر، أو صوت عنيف وحاد).

2- تأخير ظهور الطعام تدريجيا بعد ظهور المنبه الشرطي (الضوء أو الجرس يصحبه الطعام أحيانا فوريا وأحيانا يتأخر لفترات طويلة).

3- صعوبة التمييز بين المنبهات الشرطية لتقاربها واختلاطها (مثلا ظهور درجات من الضوء الأخضر، تدل إحدى الدرجات منها على ظهور الطعام. لكن الحيوان يصعب عليه تمييز هذه الدرجة وتحديدها لان الفرق بين الدرجات اللونية السابقة أو اللاحقة طفيفة أو ليست واضحة).

4- التغيير المستمر وإبدال المنبهات الشرطية الإيجابية بمنبهات شرطية سلبية والعكس (ظهور الضوء الأحمر في بعض المرات يصحبه الطعام وفي بعض المرات الأخرى تصحبه صدمة كهربائية).

5- التوتر البدني الشديد أثناء عملية التشريط.

وبالرغم من أن العوامل الخمسة السابقة عوامل سلوكية أساسا إلا أن «بافلوف» لاحظ شيئين:

أ- أن حيواناته لا تستجيب بطريقة متشابهة تماما للمنبهات المتشابهة. وقد أدى به هذا إلى وضع نظريته عن الأنماط المزاجية والتي بمقتضاها حاول أن يفهم المرض النفسي عند الإنسان. فلقد قسم الأمزجة البشرية من حيث الاستجابة للبيئة إلى أربعة أنماط مماثلة للأنماط التي وضعها أبقراط وهي النمط البلغمي، والنمط الدموي، والنمط السوداوي، والنمط الصفراوي[*1]. وغني عن الذكر أن في هذا التصور تكمن بذور الفروق الفردية وبالتالي الفروق في العمليات المعرفية وأساليب التفكير[*2].

ب- كذلك أصبح بافلوف وبالتدريج واعيا للفروق بين الإنسان والحيوان. فما دامت الحيوانات تختلف فيما بينها من حيث أنمطتها المزاجية، فان من المنطقي أيضا أن يختلف الإنسان عن الحيوان. واستطاع بنجاح أن يحدد أن الفرق الرئيسي بين الإنسان والحيوان يكمن في قدرة الإنسان على استخدام اللغة والرموز، أو ما يسميه بمفهوم الجهاز الإشاري الثانوي الذي يمكن الإنسان من استخدام الكلمات واللغة كبديل للأصوات والمرئيات الفعلية التي هي من خصائص الجهاز الإشاري الأولى. وفي هذا الصدد يتنبه

«بافلوف» من جديد إلى وجود فروق فردية بين أفراد بني البشر من حيث تنوع عمليات الجهاز الإشاري. فبعض الأشخاص ينشط لديهم الجهاز الإشاري الأولى ويسميهم بافلوف بالنمط الفني، أي الذين يهتمون بالرؤى المباشرة، والأصوات، والبعض الآخر ينشط لديهم الجهاز الإشاري الثانوي ويسميهم بافلوف بأصحاب النمط الفكري.. وهؤلاء تزداد مهارتهم في استخدام اللغة والرموز. وإذا توازن نشاط هذين الجهازين تحدث الدرجات المتوسطة من الأشخاص الذين يوازنون بين استخدامهم للرموز والتعبير، واستخدامهم للرؤى والأصوات المباشرة[10].

ويعود الفضل لقلة أخرى من علماء النفس الفيزيولوجي الروسي ممن لحقوا بـ (بافلوف) لإثبات أن الكلمات وحدها قد تثير استجابات انفعالية حادة. فعلى سبيل المثال لاحظ واحد منهم[11] أن الاستجابات الفسيولوجية لدى مجموعة من الأشخاص عند استماعهم لكلمات مرتبطة بالألم (مثل كلمة ألم، أو أنين، أو أذى) لا تختلف عن الاستجابات المصاحبة للمواقف الفعلية التي تعبر عنها هذه الكلمات.

وقد اتخذ عالمان أمريكيان[12] من النظرية السوفيتية منطلقا لتكوين نظرية في العلاج النفسي تقوم على استخدام العمليات العقلية العليا. فمن رأي «دولارد» و «ميلر» - صاحبا هذه النظرية - أن قدرة الإنسان الخاصة على استخدام اللغة والاستدلال الرمزي تجعل استجاباته لكثير من المواقف المحيطة به متوقفة على تفسيره إياها أو على الرموز التي تحملها له. ولهذا فهما يريان أن استجاباتنا الانفعالية يمكن إدراكها على أنها استجابة للطريقة التي يدرك بها الشخص موقفا معينا وليس بالضرورة لخصائص موجودة في الموقف ذاته.

وسأكتفي بذكر عدد قليل من التجارب التي تبين أن الشخص يمكن أن يستثير نفسه انفعاليا في اتجاهات مختلفة كالحزن أو السرور، أو القلق، على حسب ما يقوله لنفسه أثناء أدائه لعمل ما، أو مواجهته لموقف معين، أو عند تفاعله مع أشخاص معينين. فلقد أمكن لأحد المجربين[13] أن ينجح في التأثير في الحالات المزاجية للشخص بتغيير محتوى العبارات التي طلب من الفرد أن يرددها أثناء اندماجه في نشاط معين. فعندما تكون العبارات ذات محتوى سار أو منشط مثل: (أنني سعيد وفخور بنفسي)،

تظهر آثار انفعالية تختلف عما لو كان محتوى العبارة ذا شكل اكتئابي أو حزين (إن حياتي مليئة بما يكفيها من متاعب).

ومن الطريف أنه تبين أن الاستثارة في الجهاز العصبي تزداد وترتفع عندما يطلب من الشخص أن يفكر في موضوعات ذات طابع مثير جنسيا، بينما ينخفض النشاط وتقل الاستثارة عندما يطلب من الشخص أن يتخيل أنواعا هادئة من النشاط والتخيلات. وقد ثبت في دراسة تجريبية[14] أنه يمكن استثارة الخوف بتخيل مواقف كريهة، أو ضارة في موقف معين.

وهناك ملاحظات تأتينا من مجال التمثيل المسرحي تبين أن الممثل تنتابه مشاعر مختلفة بحسب العبارات التي يرددها لنفسه فوق خشبة المسرح.. فهو يغضب غضبا حقيقيا، ويحنق، ويفرح بحسب اتجاه الحوار، أو المونولوج الداخلي الذي يردده على خشبة المسرح.

ونعرف من بحوث التعصب أن التعصب ضد الزنوج وغيرهم من الأقليات يتضاءل إذا ما عرف الشخص معلومات دقيقة عن موضوع التعصب. ففي دراسة عن التعصب ضد الزنوج تبين أن مرتبة الزنوج وقيمتهم ترتفع ويزداد تقبلهم إذا ما اطلع المتعصبون على معلومات عن دور الزنوج في بناء الحضارة الإنسانية. وتاريخهم ومساهماتهم في التطور الاجتماعي[15].

وتحمل بحوث الشخصية الحديثة أدلة مماثلة قوية على تأثير الاتجاهات العقلية وعمليات التفكير والإبداع على توافق الشخصية. فقد تبين مثلا أن الشعور بالقلق في المواقف الاجتماعية والمخاوف الشديدة غير الواقعية من الامتحانات يرتبطان ارتباطا قويا بوجود اتجاهات وأفكار لا منطقية نحو هذه النشاطات.. فالشخص يرى المواقف الاجتماعية والامتحانات مهددتين له، ويبالغ في إدراكهما على أنهما مقياسان لقيمته وقوته.

كذلك تبين أن بعض الأفراد يتبنون معتقدات خاطئة تدفعهم للبحث عن تأييد الآخرين، وتوقع اتفاقهم معه فيما يقول أو يفعل. ومثل هذا النوع من الأشخاص غالبا ما يعاني من الاضطرابات الانفعالية عندما يتخيل نفسه في موقف يرفضه الآخرون فيه، أو عندما يتعرض لرفض حقيقي.

وقد تبين في عدد من الدراسات لكاتب هذه السطور[16] أن القلق والتوتر النفسي يرتبطان بعدد من الخصائص ذات الطابع المعرفي منها:

1- التطرف في الأحكام: فالأشياء أما بيضاء أو سوداء. أي أن الشخص

القلق والمتوتر يفسر المواقف باتجاه واحد.. وهذا فيما يبدو ما يسبب له التعاسة والقلق، لأنه يوجه اهتمامه لجزء محدد من تفسير الوقائع دون استخدام تفسيرات أخرى تنتشله من أسر الاستجابات العصابية.

2- كذلك يميل العصابيون إلى التصلب، أي مواجهة المواقف المختلفة المتنوعة بطريقة واحدة من التفكير.

3- وهم يتبنون أيضا اتجاهات ومعتقدات عن النفس والحياة لا يقوم عليها دليل منطقي كالتسلطية، والجمود العقائدي، مما يحول بينهم وبين الحكم المستقل، واستخدام المنطق بدلا من الانفعالات.

4- وهم يميلون للاعتماد على الأقوياء، ونماذج السلطة، وأحكام التقاليد، مما يحولهم إلى أشخاص مكفوفين وعاجزين عن التصرف بحرية انفعالية عندها تتطلب لغة الصحة النفسية ذلك.

فاضطرابات الشخصية بأشكالها المختلفة عادة ما تصحبها إذن طرق غامضة متناقضة من التفكير عن الذات وعن البيئة. ولهذا فيجب أن تعتمد سياسة العلاج النفسي على تغيير مفاهيم المريض، حتى يتيسر له التغيير في سلوكه المضطرب.

ومن البحوث التي نشرت في هذا الميدان مجموعة دراسات كان هدفها تقييم أساليب مختلفة من العلاج مع مقارنتها بعضها ببعض. وانتهى عدد من هذه البحوث إلى إثبات انه يمكن تخفيض القلق العام، والقلق من مواقف محددة كالامتحانات، والدخول في علاقات اجتماعية، إذا ما علمنا المرضى أن يعدلوا من طرقهم الخاطئة في التفكير.

أضف إلى ذلك النتائج المتعلقة بدراسة تأثير القيم والمعتقدات على الشخصية الإنسانية. فمن المسلمات الرئيسية في هذا الاتجاه إن المعتقدات والقيم المنطقية (التي تتكون بالاعتماد على وجود حقائق واقعية وصادقة) غالبا ما تؤازر ظهور التكامل، والتوافق والإبداع، والدافع لمواصلة الجهد في العمليات العقلية. أما القيم أو المعتقدات اللامنطقية (أي التي لا تقوم على الحقائق أو أدلة واقعية) فغالبا ما تؤدي إلى المبالغات الانفعالية كما تقلل من دوافعنا أو تشوه من وجهتها. لهذا فعندما يتغير البناء الأساسي لقيم الفرد يتغير أيضا وجدانه وأسلوبه في التوافق الفعال[*3].

نكتفي بهذا القدر من البراهين وننتقل الآن إلى مناهج العلاج التي

تعتمد على التعديل من طرق التفكير، ثم أساليب ذلك.

علاقة أساليب التفكير والاعتقاد باضطرابات الشخصية والسلوك

بالرغم من تعدد مناهج العلاج السلوكي المعرفي، فإننا سنحاول هنا أن نعرض ونقدم منهجا في التعديل المعرفي يقوم على التكامل والتوفيق بين وجهات النظر المختلفة.

والفكرة الرئيسية التي تعتمد عليها أساليب تعديل التفكير ترى - فيما ذكرنا - أنه لا يمكن الفصل بالنسبة للسلوك الإنساني بين جوانب التفكير والانفعال والسلوك أو الفعل.

جميع هذه الجوانب تتفاعل فيما بينها ويكمل بعضها بعضا. بعبارة أخرى فإنني لا أستطيع القول بأن الإنسان منفعل فحسب، لان الإنسان وهو في قمة الانفعال يفكر بطريقة معينة، كما أنه يترجم انفعالاته إلى أفعال ونشاطات خارجية. وبالمثل فالقيام بعملية تفكير في حل مشكلة معينة - مثلا - تصحبه جوانب انفعالية متعلقة بالموضوع الذي أفكر فيه.. فضلا عن ظهور جوانب حركية وسلوكية تصاحب عملية التفكير والانفعال بالموضوع. وعندما يسلك إنسان معين نتيجة لمنبه خارجي، فان التفكير يتوسط بين ظهور هذا المنبه والاستجابة له. فالتفكير إذن يكون بمثابة همزة الوصل بين الاستجابة (انفعالية أو حركية)، والموقف الذي يسببها.

والاضطراب الانفعالي بهذا المعنى ليس حالة وجدانية منعزلة، بل انه عبارة عن جوانب متكاملة ومتفاعلة من النشاط السلوكي الداخلي (فكري) والخارجي (حركي) الذي وان بدت مظاهره متنوعة، فإنها في الحقيقة مترابطة ومتلاحمة.

لهذا فمن الممكن - نظريا - ضبط الانفعال بأكثر من طريقة. إذا كنت أشعر مثلا باستثارة انفعالية (قلق أو خوف، أو اكتئاب) نتيجة لموقف معين، فان من الممكن تهدئة انفعالنا وضبطه بطرق مختلفة. يمكن مثلا ضبط المظهر السلوكي للانفعال... كضبط الخوف باستبداله باستجابات ملائمة عن طريق الاسترخاء أو التطمين أو تأكيد الذات، أو العقاقير المهدئة. وما ذكرناه في الفصول السابقة حتى الآن يعتبر نموذجا - أو نماذج - لضبط

الجوانب السلوكية للانفعالات والاضطرابات.

لكن من الممكن أيضا ضبط الانفعال من خلال المناقشة المنطقية مع النفس، أو مع شخص له في النفس مكانة خاصة بحكم الخبرة والمعرفة (كالمعالج، أو الأخصائي النفسي، أو صديق.. الخ). وبهذه الطريقة نحاول أن نغير من اتجاهنا الذهني على أمل أن يؤدي هذا التغيير إلى تغيير في حالتي الانفعالية.

بعبارة أخرى، فان التفكير والانفعال والسلوك أشكال متلاحمة. ومن الخطأ القول بأن تغيير الانفعال وحده يؤدي إلى تغيير التفكير، أو أن تغيير التفكير يؤدي إلى التغيير في الانفعال، لان تغيير التفكير يؤدي إلى التغيير في الانفعالات والعكس أيضا صحيح. إن جانبا كبيرا من الانفعالات فيما يرى واحد من المعالجين المعاصرين:

«... لا تزيد عن كونها أنماطا فكرية متحيزة، أو متعصبة، أو تقوم على التقييم الشديد... إن التفكير والانفعال متلاحمان ويتبادلان التأثير والتأثر في علاقة دائرية، بل انهما في كثير من الأحيان يصبحان شيئا واحدا بحيث يحكم ما يقوله الفرد لنفسه عند حدوث شيء معين الصبغة الانفعالية التي ستبرز».

وفي الممارسة العلاجية الحديثة من الضروري على المعالج السلوكي أن يعرض نفسه لخبرات متنوعة ونماذج متعددة من الأساليب التي تمكنه من تعديل السلوك، والانفعال، وطرق التفكير على السواء. والمعالج المعرفي السلوكي يحتاج أكثر من غيره من زملاء العلاج السلوكي التقليدي أو التحليل النفسي إلى الاطلاع والابتكار في ميادين بحث تغيير الاتجاهات والأنماط الفكرية والمعتقدات، ما أمكنه ذلك.

الأساس المعرفي للسلوك في معادلة مبسطة:

إذا افترضنا - فيما يرى ألبرت أليس Ellis من نيويورك[21] أن حادثة معينة: (أ) (وفاة قريب، طلاق، فشل في امتحان، إهانة من شخص غريب، الفصل من العمل)، قد أثارت استجابة انفعالية: (ت) (حزن - قلق - أو سرور.. الخ) فان حدوث الحادثة أو لو انه يعتبر مثيرا للحالة الانفعالية الناتجة (ت)، لا يعتبر في الحقيقة هو السبب الرئيسي لهذه الاستجابة.

ذلك لان الاستجابة الانفعالية قد تختلف نتيجة لطريقة إدراكي وتفكيري في هذه الحادثة، وأساليب اعتقاداتي عنها، أي: (ب). أنها إذن ليست أ (الحادثة) هي التي أدت إلى (ت) (الاستجابة الانفعالية)، بل هي ب (طريقة إدراكي وتفكيري في الحادثة) هي التي تعتبر مسؤولة عن إبراز هذه الاستجابة.

لهذا فان شعورنا بالاكتئاب أو الحزن المرضي الشديد (ت) اثر تحقيق هدف معين، أو خسارة شخص عزيز (أ)، لم ينشأ إلا نتيجة لما أنسجه من تصورات سوداء حول هذه الخسارة (ب) (تصوري مثلا بأن الفشل شيء فظيع وغير محتمل ويثبت بأنني إنسان ضئيل الأهمية أو غبي أو وحيد.. الخ).

لكن استجاباتنا الانفعالية لا تكون مريضة أو مضطربة على الدوام. فإزاء الفشل أو الخسارة في المثال السابق قد تكون الاستجابة الانفعالية ذات طابع إيجابي، بحيث أن الشخص قد يأخذ من هذا الفشل أو هذه الخسارة عبرة ويحاول أن يطرح من شخصيته أشياء أدت به إلى هذا الفشل، وان يتبنى خطة جديدة تحاول أن تحقق له مزيدا من النجاح. هنا أيضا تحكم الاستجابة الانفعالية الإيجابية - مثلها مثل انفعال الاكتئاب السابق - بما سيقوله الشخص لنفسه وبما وطد فكره عليه.. فقد يكون تفكيره إزاء الفشل بأنه: «شيء سيئ حقيقة أن تكون الأشياء كما لا نشتهي لها أن تكون، ولكن علي أن أحاول بكل جهدي تغيير الظروف التي أدت إليها بحيث تكون الأشياء مستقبلا مقبولة ومحتملة إلى حد ما».

إذن فوراء كل انفعال - إيجابي أو سلبي - بناء معرفي ومعتقدات سابقة لظهوره.

ولما كان السلوك أو الانفعال يتفاوتان من حيث السواء والمرض (..بعض السلوك جيد وبعضه سيئ، وبعض الانفعالات إيجابي وبعضها سلبي)، فان التفكير المصاحب أو السابق لهما يتفاوت أيضا من حيث المعقولية واللامعقولية. بعبارة أخرى إذا كانت طريقة التفكير عقلية ومنطقية فان السلوك سيكون جيدا، والانفعال أيضا سيكون إيجابيا ودافعا لمزيد من النشاط والبناء، والعكس صحيح: إذا كانت طريقة التفكير لامعقولة ولامنطقية فان السلوك والانفعال كليهما سيكونان على درجة مرتفعة من

الاضطراب. لهذا يميز المعالجون السلوكيون المعرفيون المعاصرون بين نوعين من المعتقدات:

1- اعتقادات منطقية ومتعقلة، ويصحبها في الغالب حالات وجدانية ملائمة للموقف، وتنتهي بالإنسان إلى مزيد من النضوج الانفعالي والخبرة والعمل البناء.

2- اعتقادات لامنطقية وغير متعقلة تصحبها الاضطرابات الانفعالية المرضية (كالعصاب والذهان وغيرها).

أما متى تكون الاعتقادات وأساليب التفكير منطقية ومتعقلة، فان هذا يتوقف على انسجامها مع أهدافنا العامة، وقيمنا الأساسية في الحياة، وتحقيق السعادة والفاعلية الاجتماعية، والإبداع، والإيجابية. وتعتبر المعتقدات وأساليب التفكير منطقية عندما لا تخدم توافقنا مع واقع، وتحكم علينا بالسلبية والهزيمة والانسحاب وبالتالي الشعور بالضآلة وعدم الفعالية.

ويقودنا هذا إلى ضرورة الإلمام بأنواع الأساليب الفكرية والمعتقدات الخاطئة التي تؤدي إلى الاضطرابات الانفعالية وسوء التوافق.

معتقدات فكرية خاطئة[*4]

من رأينا أنه يمكن تصنيف العوامل الفكرية المسببة للاضطراب النفسي والعقلي إلى فئتين من العوامل هما:

أ- عوامل متعلقة بمحتوى الأفكار والمعتقدات.

ب- عوامل متعلقة بأساليب التفكير والمعتقدات.

أما محتوى الأفكار أو المعتقدات فأقصد به مجموع وجهات النظر والأفكار التي يتبناها الفرد عن نفسه وعن الآخرين، ومن المؤكد أنه يمكن الرجوع بالمرض النفسي والاضطراب إلى عناصر من التفكير، والتصورات الخاطئة، والاتجاهات والقيم التي تسبب فيما يبدو الهزيمة إزاء أحداث الحياة.

يذكر أحد المنظرين للعلاج النفسي - في هذا المعنى - أن الإنسان أي إنسان يعتبر بشكل ما عالما[17] وهو لا يعني بالطبع أن كل إنسان يلبس معطفا أبيض، أو يحمل شهادة ماجستير أو دكتوراه، لكنه يرى بأن كل فرد، مثله في ذلك مثل العلماء، يتبنى ويعتنق عددا من التصورات عن نفسه

ومفاهيم عن الأشياء والآخرين. ويطلق كيلي - صاحب هذا الرأي - في مواقع أخرى أسماء مختلفة على هذه التصورات: فيسميها أحيانا المعتقدات، ويسميها أحيانا أخرى الفلسفة العامة للشخص.

لكن ما يفرق الفلسفة العامة أو مفاهيم الشخص حول نفسه وحياته عن أراء الفيلسوف أو العالم، هو أن فلسفة الشخص العادي قد تكون صادقة ومتسقة تحقق لصاحبها التوافق مع نفسه ومع الآخرين، وقد لا تكون كذلك.

وعندما يواجه الفرد أي موقف أو شخص فانه ينظر إليه ويتعامل معه وفق فلسفته العامة. فيشعر بالتهديد أو الطمأنينة، بالسلام أو الرغبة في مناصبته العداء، بالحب أو الكراهية، بالقلق أو الهدوء، بالإقبال أو الإحجام حسب ما تمليه عليه فلسفته العامة ومجموع وجهات نظره وتوقعاته عن الحياة والآخرين.

ولما كان العصاب يعبر عن اضطراب في المشاعر والانفعالات، فانه يجب أن يكون إذن مرتبطا أو ناتجا عن أخطاء في محتوى الأفكار والمعتقدات الشخصية للعصابي، أي ما نسميه بالأفكار ووجهات النظر اللامنطقية.

«إذا كان الشخص العصابي أساسا إنسانا يتصرف بطريقة أقل مما تسمح به إمكانياته، أو شخصا يهزم نفسه عند تحقيق أهدافه بالرغم من قدرته - نظريا - على تحقيقها تحقيقا سليما، فانه يترتب على ذلك أن نقول بأنه يتصرف بطريقة غير متعقلة، ولا منطقية، وغير واقعية[18]».

الآن ما هو مجموع التصورات أو الفلسفات اللاواقعية، التي من شأنها إذا ظهرت لدى شخص معين أمكن القول بأنه شخص مضطرب نفسيا أو على وشك أن يكون كذلك أو أن نتوقع على الأقل بأنه سيتصرف بكفاءة أقل، وسيواجه الأمور باستجابات سلبية كالغضب، أو الاكتئاب، وسيهزم نفسه من جراء هذا ؟. فيما يلي بعض الأفكار التي تبين أن الشخص إذا ما قالها لنفسه عند مواجهة موقف معين فإنها تؤدي به مباشرة إلى إثارة الاضطراب والهزيمة[*5]:

الفكرة الأولى

أفضل في كل هذه الحالات الفكرة القائلة إن من الضروري أن يكون

الإنسان محبوبا من الجميع ومؤيدا من الجميع فيما يقول وما يفعل، بدلا من التأكيد على احترام الذات، أو الحصول على التأييد لأهداف محددة (كالترقية في العمل مثلا)، أو تقديم الحب بدلا من توقع الحب.

الفكرة الثانية

الفكرة القائلة إن بعض تصرفات الناس خاطئة أو شريرة، أو مجرمة، وانه يجب عقاب الناس الذين تصدر عنهم هذه التصرفات عقابا شديدا، بدلا من الفكرة أن بعض التصرفات الإنسانية غير ملائمة أو لا اجتماعية وان الناس الذين تصدر عنهم هذه التصرفات أغبياء، أو جهلة، أو مضطربون انفعاليا.

الفكرة الثالثة

الفكرة القائلة إنها كارثة أو مأساة عندما لا تسير الأشياء كما لا نشتهي لها أن تكون، أو عندما لا تصبح الأشياء كما نتوقع لها، بدلا من الفكرة إن من السيئ أن تكون الأشياء كما لا نشتهي لها أن تكون، وان علينا أن نحاول بكل جهدنا لتغيير الظروف أو ضبطها بحيث تكون الأشياء مقبولة إلى حد ما. لكن إذا كان تغيير المواقف السيئة غير ممكن أو مستحيلا، فان من الأفضل للشخص أن يمهد نفسه لقبول الأشياء وأن يتوقف عن تصويرها بأنها فظيعة وقاتلة.

الفكرة الرابعة

الفكرة القائلة أن شقاءنا وتعاستنا وعدم إحساسنا بالسعادة نتاج لأشياء خارجية عنا: ظروف أو حظ أو أشخاص آخرين أو مكان معين، بدلا من الفكرة أن جزءا كبيرا من مصيرنا نحكمه نحن بآرائنا وتصرفاتنا.

الفكرة الخامسة

الفكرة القائلة انه شيء طبيعي أن يشعر الإنسان بالقلق والتوتر عندما تحدث أشياء خطيرة أو سيئة، بدلا من الفكرة إننا يجب أن نواجه مصادر الخوف والقلق بصراحة ونحاول أن نقلل من الآثار السيئة التي تترتب

عليها.

فإذا كان ذلك مستحيلا فانه يمكن للإنسان أن يهتم بأشياء أخرى، ويتوقف عن تصور إن هذا الشيء خطير أو مخيف.

الفكرة السادسة

الفكرة القائلة إن من السهل والأحسن أن نواجه مصاعب الحياة ومسؤولياتها بالتجنب والانسحاب، بدلا من الفكرة أن الحل السهل السريع هو حل قد يؤدي على المدى الطويل إلى آثار سيئة، وأنه يجب لهذا مواجهة المصاعب عندما تثور وليس البعد عنها وتجنبها.

الفكرة السابعة

الفكرة القائلة إن الإنسان يحتاج لشيء، أو لشخص آخر أقوى وأعظم خبرة لكي يسانده ويساعده على تحقيق أهدافه في النجاح، بدلا من الفكرة أن من الأحسن كثيرا أن نعتمد على أنفسنا وان نقف على قدمينا وان نستمد إيماننا من أنفسنا ومن قدراتنا ومن قيمنا الخاصة عند مواجهة مصاعب الحياة ومشكلاتها.

الفكرة الثامنة

الفكرة القائلة إن الشخص يجب أن يكون قادرا دائما على التحدي والمنافسة والتفوق والذكاء في كل الجوانب الممكنة، بدلا من الفكرة إن من الممتع للنفس أن يكون الإنسان متمكنا من شيء ما يتقنه ويستمد منه الإشباع وتحقيق الذات.

الفكرة التاسعة

الفكرة القائلة إننا نتصرف ونسلك بطريقة معينة بسبب آثار سيئة في تربيتنا في الماضي وان الماضي قدر لا يمكن تجنبه، بدلا من الفكرة أننا أصحاب مسؤولية أساسية عما يصدر منا من تصرفات وان الماضي يمكن تجنب آثاره السيئة إذا ما عدلنا وجهات نظرنا وتصرفاتنا الحالية.

الفكرة العاشرة

الفكرة القائلة إن من الواجب أن يشعر الإنسان بالتعاسة والحزن عندما يشع ر الآخرون بذلك أو عندما تحيق بهم مشكلة أو كارثة، بدلا من الفكرة أن الإنسان يجب أن يتمالك نفسه إزاء مصائب الآخرين، لأنه سيكون اكثر فائدة لهم مما لو كان كئيبا أو مهزوما مثلهم.

الفكرة الحادية عشر

الفكرة القائلة إن السعادة البشرية والنجاح أشياء يمكن الوصول إليها دون جهد، بدلا من الفكرة أن على الإنسان أن يفعل شيئا وان يجاهد نفسه لخلق مصادر خاصة لسعادته وأنه بمقدار الجهد المبذول بمقدار ما تتحدد غاياته.

الفكرة الثانية عشرة

الفكرة التي تقول إن على الإنسان أن يضع متطلبات صارمة على عمله أو أدائه أو تصرفاته.. وانه من الفظيع أن يحيد عن المتطلبات، بدلا من الفكرة أننا يجب أن نعمل لأننا نحب ما نعمله، وان من الأحسن أن يكون ما نعمله مضبوطا ودقيقا في حدود إمكانياتنا.

الفكرة الثالثة عشرة

الفكرة القائلة إن هناك مصدرا واحدا للسعادة وأنها لكارثة إذا ما أغلق هذا المصدر أو فقد، بدلا من الفكرة أن الإنسان يستطيع أن يحقق سعادته من مصادر مختلفة، وان يبدل أهدافه بأهداف أخرى إذا ما تطلب الأمر ذلك.

ولعل القارئ يحتاج لمثال يصور كيف تقوم هذه الأفكار بإثارة اضطراباتنا وكيف يمكن تحديدها من خلال المحاورة، والمثال الآتي

يوضح جزءا من جلسة علاجية بين شخص مصاب باكتئاب ومعالجه:

المريض: أحس اليوم بضيق شديد وأن الزملاء لم يعودوا يحبونني كما كانوا من قبل.

المعالج: تشعر بالضيق لان زملاءك لا يحبونك؟.

المريض: نعم هذا صحيح. أليس شيئا طبيعيا أن نشعر بالتعاسة عندما نفقد حب الناس يوما بعد يوم ؟.

المعالج: لا.. انك لم تكن متضايقا لهذا السبب.

المريض: لم أكن ؟ ماذا تعني ؟ ولكن هذا ما حدث.

المعالج: لا، أنني أصر. انك تظن بأنك كنت تعيسا لهذا السبب.. ليس اكثر من ظن. بينما الأمر ليس كذلك.

المريض: فلماذا كنت قرفانا وضيقا إذن إن لم يكن لهذا السبب ؟.

المعالج: إن الأمر بسيط-بساطة الحروف الهجائية.. فـ (أ) - فيما أرى في حالتك - هي الحادثة التي أدت إلى عدم حب زملائك لك أو نفورهم منك. دعنا نفترض انك حاولت أن تلاحظ سلوكهم جيدا، وأنك ربما تكون قد توهمت أنهم لا يحبونك كالسابق.

المريض: أؤكد لك أنهم يكرهونني. إن الأمر واضح بالنسبة لي وضوح الشمس.

المعالج: دعني أفترض أنهم يكرهونك ولا يحبونك، وأن عدم حبهم لك هو(أ).

والآن فان «ت» وهي استجابتك بالتعاسة والضيق هي ما حدث نتيجة لهذا.

المريض: هذا صحيح.. إني اتفق معك على هذا تماما.

المعالج: جميل إذن فـ «أ» هو موقف عدم حب الآخرين لك، و «ت» هي شعورك بالتعاسة. انك ترى «أ» ثم تشعر ب «ت» ولهذا تفترض أن «أ: عدم حبهم لك هو السبب في «ت» وهو اكتئابك وشعورك بالتعاسة. لكن «أ» ليست السبب في الحقيقة.

المريض: ليست السبب ؟ فما هو السبب إذن ؟.

المعالج: إنها «ب» و ليست «أ».

المريض: وما هي «ب» ؟.

المعالج: «ب» هو ما كنت تقوله لنفسك عندما كنت في الاجتماع مع هؤلاء الزملاء.

المريض: ما كنت أقوله لنفسي ؟ لم أكن أقول لنفسي شيئا إذ ذاك.

المعالج: لا لقد فعلت. لقد كنت تقول لنفسك شيئا ما بكل تأكيد.. وآلا

لما كنت شعرت بما شعرت به. لو أن الأمر كان سقوط حجر ثقيل على رأسك أو شيئا من هذا القبيل فشعورك له ما يبرره. لكن لم يسقط عليك حجر، ولم يحدث شيء يسبب الأذى الفعلي. إذن فمن الواضح أن هناك شيئا كنت تقوله لنفسك وهو الذي أدى إلى إثارة شعورك بالاكتئاب.

المريض: ولكني أقول لك صادقا وبكل أمانة بأنني لم أقل شيئا.

المعالج: لقد قلت. دعنا نعود إلى اللحظة التي حدث فيها هذا الموقف، تذكر ما كنت تقوله لنفسك. وقل ماذا كان ذلك ؟.

المريض: لقد..

المعالج: هه.

المريض: (بعد لحظة تفكير وتأمل) اعتقد أنني فعلا كنت أقول لنفسي شيئا ربما كنت أقول لنفسي شيئا من هذا القبيل: انهم لا يحبونني. وان الكراهية تظهر في عيونهم.. انه لشيء بشع لماذا يفعلون ذلك.. وكيف يجرؤون على ذلك معي أنا الذي أفتح قلبي وامنح وقتي لهم.

المعالج: بالضبط.. وهذا الذي كنت تقوله لنفسك هو «ب». هي «ب» دائما أو ما تقوله لنفسك هو الذي يثير مشاعرك بالشكل الذي وصفته من قبل. إلا بالطبع في بعض الحالات المادية.. عندما يقع مثلا شيء مادي أو محسوس حجر أو قطعة صلبة أو شيء من هذا القبيل يؤدي إلى أذى حقيقي. ولكن عدا ذلك من حوادث: كلمة من شخص، إيماءة، أو اتجاه، أو شعور ضدك فان ما يحكم النتيجة دائما هو أنت. فإذا تركت هذه الكلمة أو الإيماءة أو شعور الآخرين نحوك يسبب الأذى أو التعاسة فانك تكتئب لأنك سمحت بذلك، أي لأنك تقول لنفسك مثلا إن هذا شيء فظيع وبشع ومأساوي، وهذا هو ما أعنيه بـ «ب».

المريض: وماذا أفعل إذن ؟.

المعالج: سأبين لك بالضبط ماذا تفعل. أريد أن تحضر مع زملائك كل الاجتماعات ما أمكن سواء كانت رسمية أو غير رسمية. إن لم تكن توجد اجتماعات: اخلق لقاءات بينك وبينهم. ولكن حاول في هذه المرة بدلا من أن تجعلهم يحبونك أو يتصورون بأن كل كلمة تقولها تدل على أنك إنسان خطير الشأن - بدلا من هذا أتريدك أن تقوم بشيء بسيط.

المريض: وما هو ؟.

المعالج: أريدك أن تلاحظ مجرد ملاحظة وأنت معهم ما تقوله لنفسك عندما يظهر عدم حبهم أو إهمالهم لك. لاحظ حديثك الصامت والعبارات الداخلية التي تفسر بها استجاباتهم لك أو إهمالهم. هل تستطيع أن تفعل ذلك ؟.

المريض: لا أعتقد أن هذا شيء عسير. ملاحظة ما أقوله لنفسي وحواري الصامت معها عندما ألاحظ كراهية الآخرين.

المعالج: نعم، هذا هو كل ما نريده في الوقت الحالي. «وفي الجلسة التالية دار هذا الحوار»:

المعالج: هل فعلت ما اتفقنا عليه ؟

المريض: نعم. لقد كان كل شيء يدعو للهزيمة.. كل ما كنت أقوله لنفسي هو عبارات من الرثاء لذاتي.. لا شيء أكثر من الرثاء لحالي.

المعالج: بالضبط رثاؤك لذاتك، ولا شيء اكثر من هذا لا غريب إذن أن تكون تعيسا ومكتئبا بهذا القدر. دعنا الآن نرى ما إذا كان يمكن أن نغير من ذلك، وان نبدل من سلوكك الذهني الذي يسبب هزيمتك. لنر كيف أنك يمكن أن تنتشل نفسك من هوة هذا الاضطراب والهزيمة»[١٩].

وسنرى فيما بعد الأساليب التي يمكن استخدامها للاستعاضة عن الأفكار اللامنطقية بأفكار أخرى منطقية وأساليب تعديل السلوك الذهني بشكل عام. أما الآن فيبقى أن نشير إلى الأساليب الاعتقادين والذهنية العامة التي تساهم بدورها في إحداث الاضطراب.

أساليب أخرى من التفكير الخاطئ غير الفعال

عند التفكير في حل مشكلة معينة أو فهمها، تحدث أخطاء في الفهم والتفسير مما يشوه صورة الواقع وبالتالي يثير الاضطرابات السلوكية من هذا:

المبالغة:

وتتمثل في الميل للمبالغة في إدراك الأشياء، أو الخبرات الواقعية، وإضفاء دلالات مبالغ فيها كتصور الخطر والدمار فيها. ومن الثابت أن المبالغة في إدراك نتائج الأشياء يميز الأشخاص المصابين بالذات بالقلق.

فتفكير الشخص في حالات القلق يتميز بالمبالغة في تفسير الموقف مما يؤدي إلى إثارة مشاعر الخوف والتوتر. فهو دائما يتوقع الشر لنفسه، ولأسرته، أو لممتلكاته، أو يتوقع الخوف من فقدان مركزه أو وظيفته والأشخاص المهمين في حياته وربما لا توجد أسباب لذلك. والشخص القلق يبالغ في تصور خبرات (قد تكون محايدة) في علاقاته بأصدقائه، أو أقاربه، أو رؤسائه فيدركها على أنها مهينة أو محبطة.

وإذا كانت المبالغة والتضخيم من الأشياء الخاطئة لأنها تثير القلق والجزع، فان العكس غير صحيح، أي أن التقليل من المخاطر الواقعية قد تكون له أيضا نتائج انفعالية سلوكية مماثلة. فالتقليل من المخاطر الفعلية غالبا ما يؤدي إلى الاندفاع وتكرار التجارب الفاشلة. كما قد يؤدي إلى تخفيض الدافع إلى مواصلة الجهد والإنجاز.

ومن المؤكد أن مجاهدة النفس على الإدراك الموضوعي للواقع (دون مبالغة أو تقليل) يعتبر بمثابة الوسط الذهني الذي يمنح الإنسان القدرة والبصيرة على التوجيه الفعال لمشاعره وسلوكه.

التعميم:

يلاحظ برتراند راسل أن اليقين المطلق من أعدى أعداء التفكير البشري المنطقي ويكتب:

«إن البعد عن المطلقات يعتبر - في نظري - من الأشياء الجوهرية للتعقل والتفكير المنطقي».

وكذلك يلاحظ فؤاد زكريا أن:

«اليقين كثيرا ما يكون مضللا.. وأننا لنلاحظ في تجربتنا العادية أن أكثر الناس يقينا هم عادة أكثرهم جهلا»[20].

وفي مجال علم النفس من الثابت إن الميل للتعميم من الجزء إلى الكل يعتبر من العوامل الحاسمة في كثير من الأمراض الاجتماعية كالتعصب القومي، والتعصب الدولي والعدوان. فكثير من الخصائص السلبية التي ننسبها لجماعة معينة لكي نبرز تعصبنا نحوها قد يكون في الحقيقة تعميما خاطئا لخبرة سيئة مع فرد ينتسب لهذه الجماعة. ولهذا ليس من النادر أن نجد كثيرا من الذكور الذين مروا بخبرة سيئة مع واحدة من

الجنس الآخر غالبا ما يرددون: لا تثق في المرأة. والعكس صحيح، فكثير من النساء يرددن «الرجال جميعا سواء». ومثل هذه التعميمات تكون بداية لظهور بذور سوء التوافق أو علامة له.

والتعميم أسلوب من التفكير يرتبط بكثير من الأنماط المرضية، خاصة الاكتئاب والفصام.

فالمكتئب غالبا ما يعمم الخبرات الجزئية على ذاته تعميما سلبيا. فتوجيه نقد غير مقصود له قد يعني عنده: «أنني إنسان فاشل لا يحسن التفكير». وفشله في تحقيق هدف ولو جزئي قد يعني لديه «أنني إنسان عاجز عن تحقيق آمالي في الحياة». وبعد صديق أو رفيق عنه قد يعني «بأنني بدأت أخسر كل أصدقائي». وإذا حدث وان رئيسه أو زميلا من زملائه قد نسي أن يبادله التحية فإذن «أنني إنسان مكروه وغير مرغوب فيه».

وكثير من الأشخاص الفصاميين خاصة الذين تتملكهم هواجس العظمة أو الاضطهاد يستخدمون هذا الأسلوب المشوه من التفكير. فقد يحدثك الشخص في هذه الحالات بأن مخابرات الدولة تعمل ضده بدليل أنه رأى في الصباح الباكر شخصا يسير بجوار منزله وهو يختلس النظر إلى مدخل حجرته.

ويعتبر التعميم الخاطئ أيضا من العوامل الحاسمة في اكتساب المخاوف المرضية. وقد لاحظنا من قبل في حالة الطفل «ألبرت» إن خوفه من الفأر قد تعمم على كل الحيوانات ذات الفراء، فأصبح يخاف من الأرانب والفئران والقطط وغيرها. ولما كان المعالج النفسي المعرفي يقدر دور هذا العامل في المساهمة في اضطرابات البشر، فان عليه أن يؤكد باستمرار لمريضه بأنه لا يوجد شيء أكيد تماما، وإنما قد يكون مرجحا بدرجة قليلة أو كبيرة.

الثنائية والتطرف:

يميل بعض الأشخاص لإدراك الأشياء أما بيضاء أو سوداء، حسنة أو سيئة خبيثة أو طيبة، صادقة أو خاطئة، دون أن يدركوا أن الشيء الواحد الذي قد يبدو في ظاهر الأمر سيئا، قد تكون فيه أشياء إيجابية، أو يؤدي إلى نتائج إيجابية. ويطلق الباحثون في علم النفس على هذه الخاصية من الشخصية مفاهيم مثل النفور من الغموض أو تصلب الشخصية. وقد

أشرنا من قبل إلى عدد من الدراسات التي قمنا بها في البيئة العربية. والتي بينت أن هذه الخاصية من التفكير ترتبط بسمات لاتوافقية كالتعصب، والتسلط والتوتر، والقلق. وتتفق هذه النتائج مع بحوث الغرب، وبحوث عربية أخرى.

وفي ميدان العلاج النفسي يمكن أن نكتشف هذه الخاصية بسهولة في تفكير المضطربين. ولهذه الخاصية تأثير سيئ في العلاقات الاجتماعية، كسوء التوافق بين الأزواج. فإذا كان الزوج والزوجة يميلان بنفس القدر إلى هذا النوع من التصلب، فان الصراع وسوء التوافق بينهما يعتبران نتيجتين مرجحتين.

وتمتلئ عبارات المضطربين وكلامهم بكلمات مثل «مطلقا»، و «من المستحيل» بمثل و «دائما»، و «بالمرة». وقد نجد عبارات منتشرة في حالات سوء التوافق مثل:

- هذه المرأة لا تطاق بالمرة.
- زوجي لا يفكر إلا في نفسه.
- لا أرى على الإطلاق فائدة فيما أقوم به.
- حياتي لا يقبلها أحد.
- أحب أعمالي أن تكون كاملة وتامة.
- حياتي تفتقد بالمرة عنصر الحب.
- العالم الذي أعيشه عالم ظالم وغير منصف على الإطلاق.
- لم أحاول إطلاقا أن أفعل أشياء لست متأكدا من نتائجها.

ولا شك أن حالات كثيرة من الضيق والاكتئاب قد تتملك المرء إذا ما كان يعتنق إزاء الأشياء التي تواجهه آراء يقينية عن سوء نتائجها بالنسبة له، وذلك كالطالب الذي يحزن لأنه حصل على جيد جدا عندما يرى أن الحصول على أقل من ممتاز يعتبر بالنسبة له مقياسا مطلقا لقيمته وذكائه. لذلك نجد أن كثيرا من النجاح في العلاج النفسي يتبعه اختفاء للطموحات المطلقة، أو نزعات الكمال المتطرفة... الخ.

وفي تحليل الاضطرابات الوجدانية كالغضب، والاكتئاب، والعصاب نجد أن عامل التطرف من العوامل الهامة في إثارة هذه الاضطرابات. فعندما يقول الفرد لنفسه «أنني إنسان فاشل بالمرة ولا نفع في»، قد تصيبه مباشرة

مشاعر الاكتئاب والسلبية والتقاعس، بينما عبارة يقولها الأب لابنه (أو لابنته) لأنها تأخرت نصف ساعة في العودة لمنزلها: «انك ستدمرين الأسرة»، قد تثير لديه هذه العبارة وهو يقولها مشاعر الجزع والغضب. وبالمثل قد تحرك الزوجة في نفسها مشاعر الغيظ والكراهية عندما تقول لزوجها مثلا «ما من امرأة تقبل أن تعيش معك»، أو «انك إنسان لا تطاق ولا تفكر إلا في نفسك».. وهكذا.

ويرتبط بهذا الأسلوب، أسلوب آخر خاطئ من التفكير يمكن أن نطلق عليه مفهوم التجريد الانتقائي. كأن يعزل الشخص خاصية معينة من سياقها العام، ويؤكدها في سياق آخر. فالشخص قد يعزف عن التقدم لعمل جديد مناسب، لأنه رفض في عمل سابق لأسباب لا علاقة لها بإمكانياته ومواهبه وبما يتطلبه العمل الجديد. والطفل الذي قد تبعده معلمته عن المساهمة في نشاط حركي بسبب ضعف في ساقه، قد يعزف عن المساهمة في أي نشاط اجتماعي آخر لأنه يشعر أنه غير محبوب لعجزه عن اللعب مثل غيره.

والتجريد الانتقائي من الأخطاء التي تشيع في أفكار المكتئبين. فقد تبين[22] أن المكتئب يركز على جزء من التفاصيل السلبية ويتجاهل الموقف ككل.. . فهو يعود المنزل بعد حفلة أو لقاء، ولا يذكر من هذا اللقاء إلا أن فلانا تجاهله، وفلانا قاطعه في الكلام، وأنه كان يجب أن يقول كذا، وأن لا يقول كذا.. الخ.

أخطاء الحكم والاستنتاج:

في الكثير من حالات القلق والاكتئاب والعدوان يكون السلوك ناتجا عن خطأ في تفسير الحادثة بسبب عدم توافر معلومات معينة، أو سياق مختلف. فالفصامي قد يثور على طبيبه لأنه يتصور أنه متواطئ مع بقية العاملين في محاولة السيطرة عليه وعلى تصرفاته. والشخص الذكي قد يتصور أنه ضعيف الفاعلية وأقل ذكاء لان حكمه على ذاته غير دقيق ربما لأنه نشأ مع أخوة ذوي ذكاء مماثل ويكثرون من نقده. وقد نثور على إنسان معين بالغضب والعدوان على اعتقاد أنه يقوم بالوشاية والتعريض لأننا نجده يتحدث مع شخص آخر اثر مشادة معه. وقد تكون إحدى الفتيات على قدر لا بأس به

من الملاحة وحسن الصورة، ولكنها تنشأ وهي تعتقد أنها غير جميلة ولا تتوقع الحب من أحد لأنها نشأت مع أخت أو قريبة أكثر جمالا ومرحا منها.

وتسود هذه الأخطاء بشكل خاص لدى المصابين بالاكتئاب. فمن المعروف[23] إن المكتئب يرتكب هذا الخطأ المنطقي عندما يرى في حيرة أو موقف مصدرا للانزعاج، أو «الإقلال من الكرامة».. أو «تقليل الشأن»، عندما لا يكون هناك من الدلائل ما يدعوه لهذا الاستنتاج والحكم.

أساليب فعالة في تعديل طرق التفكير المرضي

سوف نعرض باختصار في الفقرات التالية بعض الأساليب الحديثة في تعديل الطرق الخاطئة من التفكير كما عرضنا لها في الصفحات السابقة. وينبغي أن نعترف في الحقيقة بأن التركيز على الحالات الداخلية (طرق التفكير والمعتقدات) قد أضاف إمكانيات متعددة لتغيير السلوك، وأدى إلى استبصارات متعددة في استخدام الأسلوب العلمي في علاج الشخصية. فلقد أوضحنا في الصفحات السابقة أن الناس يحولون أنفسهم إلى مضطربين ومرضى بسبب وجود عادات سيئة من التفكير الخاطئ، وسلسلة من المعتقدات التي لا تقود إلا إلى هزيمة الذات. لهذا فمن الضروري أن يتبنى المعالج دورا إيجابيا قويا مع مريضه. وقد رأينا في المثال الذي تعرضنا له من قبل أن المعالج يساهم بإيجابية في تقديم التفسير لمريضه، وفي القيام بطريقة مباشرة بمساعدته على استنتاج الأفكار الداخلية (اللامنطقية) التي كانت تسيطر عليه عندما كان يلتقي بزملائه أو يتفاعل مع الآخرين.

ومن المسلمات في نظريات العلاج المعرفي أن جزءا كبيرا من اضطراب سلوكنا يتم بفعل تفكيرنا الخاطئ. لكننا أيضا نفكر بطريقة خاطئة لأننا لا نعرف طريقة الصحيحة من التفكير. فجزء كبير إذن من وجهات نظرنا، ومعتقداتنا الخاطئة ونقص التفكير السليم ينتج عن أننا لم نتعلم - أو لم يعلمنا أحد - كيف يكون التفكير السليم. لهذا نجد أن أساليب علاج المسالك الذهنية هنا ينحو نحوا عقليا وتربويا. ويؤكد «ألبرت أليس» - كما أكد من قبله «أدلر» - إن العلاج يجب أن يتضمن عملية إعادة تربية، وضرورة

التحاور مع المريض بكل الضروب المنطقية من الحوار لكي نبين له الجانب الخاطئ في تفكيره، مع دفعه مباشرة إلى استنتاج الطرق الصحيحة وتطبيقها.

والدحض المستمر للأفكار الخاطئة مع الإقناع يساعد على كشف أن طرق تفكيرنا السابقة لم تعد تجدي. ولهذا فاتنا باستمرارنا في تبينها لا نكرر اضطراباتنا وأخطاءنا بحذافيرها فحسب، بل إننا سنعمل على زيادتها وقوة تأثيرها. وتبين بحوث علماء النفس الاجتماعي أن الإقناع من خلال الأساليب التربوية والمحاضرات والمناقشات يؤدي إلى تعديل واضح في الاتجاهات العنصرية ويقلل من التعصب. ولهذا تقوم في الولايات المتحدة مجهودات شاملة في كثير من المدارس على إعطاء معلومات عن الأقليات. ذلك لان من المعروف إن الذين يعرفون أشياء اكثر عن جماعة أو أقلية ما يقل عدوانهم وتقل كراهيتهم لتلك الأقلية، ومن ثم فان التغيير في المعرفة غالبا ما تنعكس آثاره في مجال الفعل والشعور. وشيء من هذا القبيل يحدث في حالة الاضطرابات الفكرية، فكلما ازداد وعينا وتبصرنا بأن هناك بدائل فكرية صحيحة، ازدادت جاذبية تلك الأفكار الصحيحة واحتمال تبنيها كأسلوب دائم وجديد في الشخصية.

ومن المهم هنا أن نشير إلى النتائج التي تثبت فاعلية الإقناع والدحض في تغيير الاتجاهات دلائل قوية ويستخدمها الناس في مجالات اجتماعية مختلفة. بل إن قيمة بعض أساليب التأثير في الرأي العام كالدعاية، والإعلام والأحاديث الإذاعية تكتسب أهميتها بسبب تأثيرها على عمليات التفكير السابقة. وعندما يحاول المعالج، أو الأستاذ، أو الموجه أو أي شخص آخر إقناع شخص معين بان يتخلى عن أفكاره الخاطئة ومعتقداته المشوهة عن النفس وعن الأشياء، وأن يتبنى أفكارا أكثر فائدة واقل مدعاة للهزيمة الذاتية، فان من السهل لا أن نتبنى أفكارا جديدة ونافعة فحسب، بل إن فاعلية الإنسان الاجتماعية تزداد، وتتحسن قدراته على التوافق.

وثمة خاصية أخرى من خصائص الاتجاهات الجديدة في علاج طرق التفكير والمعتقدات، وهي تعليم الأشخاص طرقا جديدة لحل مشكلاتهم العاطفية والسلوكية. فمن الممكن أن نتصور أن الاضطراب يحدث عندما نفشل في مقابلة تحديات التوافق في المجتمع، وفي استخدام إمكانياتنا، أو

نقاط قوتنا بفاعلية. لهذا فتنمية القدرة على حل المشاكل وتعليم أن هناك طرقا بديلة للوصول للأهداف، مع فهم دوافع الآخرين، ومحاولة أن نبين للشخص أن كل موقف يختلف عن غيره من المواقف، قد تساهم أيضا في عملية الاستبصار وزيادة الفاعلية الشخصية.

لكن الاستبصار - كما لاحظنا آنفا - قد لا يؤدي إلى تغيير مباشر في السلوك. فالقول بأن اكتساب الاستبصار يؤدي تلقائيا إلى التغير في السلوك، ما هو إلا افتراض يصح في بعض الحالات ويخطئ في البعض الآخر، لهذا فمن الضروري أن نساعد الشخص على توظيف أفكاره الجديدة المنطقية حالما تحدث، وذلك بدفعه وبتكليفه بواجبات منزلية Home-work يسعى الشخص من خلالها إلى ممارسة أفكاره المنطقية عمدا وفي مواقف حية. لهذا فقد يوصي المعالج مريضه - كما رأينا في حالة الشاب التي أشرنا لها آنفا - أن يقوم بتأمل ما يقوله لنفسه في موقف معين. وتبين الممارسة العلاجية أن محاولة خلق مواقف حية.. وإرغام أنفسنا على الدخول فيها باتجاهات عقلية مختلفة يساعد على التغيير في الجوانب الفكرية، والسلوكية، والوجدانية على السواء - فالشخص الذي يعزف عن الاتصال الاجتماعي، لسبب الخجل مثلا، يمكن أن يشجع على تعمد الدخول في مواقف حية كانت تسبب له الارتباك من قبل: مثل مبادرة أحد أفراد الجنس الآخر الحديث عمدا، أو النقد المتعمد لرأي زميل أو رئيس، أو تعمد رفع الصوت في المناقشات، أو الدخول إلى الأماكن العامة، كمحلات البيع، مع المجادلة مع الباعة عن الثمن ونوع البضاعة.. الخ.

ومن الأساليب الممكنة للزيادة من الأفكار المنطقية الملائمة للصحة النفسية أن نغير من أهمية الأهداف نفسها بالنسبة للشخص. فالشخص الذي يعتقد أن من الضروري أن يظهر دائما بمظهر قوة الشخصية والسيطرة والتحكم في الأمور، قد يدخل نتيجة لهذا في صراعات اجتماعية مع حاجات الآخرين من الزملاء أو المرؤوسين أو شركاء الحياة الزوجية، أو الأبناء إلى التعبير عن ذواتهم، مما يوقعه ويوقع من يتصلون به في ضروب من الاضطراب. في مثل هذه الحالات فان تنبه الشخص إلى أن أهدافه في إثبات رجولته وقوته غير واقعية وغير معقولة سيساعده على أن يعدل سلوكه الاجتماعي التالي تعديلا ملحوظا. وفي مثل هذه العملية من التصحيح

المستمر للأخطاء في القيم والأفكار ينبغي النظر إلى ربط أهدافنا بالنتائج المستقبلة القائمة على فهم دوافع الآخرين. فقد يؤدي الظهور بمظهر القوة والسلطة - مثلا - إلى نتائج وإضاءات مباشرة من الناس، إلا أن النتائج البعيدة لمثل هذا السلوك قد تكون وخيمة العواقب.

والمعالج الذي يأخذ باتجاه تعديل المسالك الذهنية لا يجهل ولا يقلل من شأن استخدام التغير في البيئة الاجتماعية لإحداث التغير في الشخصية. فهو يعرف أن بعض أخطائنا الفكرية قد يكون مكتسبا نتيجة لإحباطات خارجية أو فشل سابق (التقدم لعدد من الأعمال دون الحصول عليها قد يؤدي إلى تشكيل أفكار خاطئة عن الذات مثل «أنني إنسان فاشل» أو «ضئيل الأهمية»، والفشل السابق مع أفراد الجنس الآخر قد يؤدي إلى أفكار خاطئة بأننا نفتقد الجاذبية.. الخ). لهذا من المهم أن نستخدم التغيير في البيئة الاجتماعية استخداما كبيرا لإحداث التغير في الشخصية، وتعتبر الواجبات المنزلية التي أشرنا لها آنفا طريقة لذلك. أضف إلى هذا أن المعالجين قد ينصحون بتغيير اتجاهات الآخرين الذين يعيشون مع الشخص أو يحتكون بهم. ولهذا فعملية العلاج قد تشمل الشركاء في الحياة الزوجية أو الآباء أو الآخرين أو الجماعة التي يعيش معها. وقد أشرنا سابقا إلى أن تغيير طريقة الملبس، وتغير الوضع الاجتماعي، تؤدي إلى تغيير في توقعات الأفراد عنا وبالتالي تغير سلوكنا. ومن الحالات التي أشرنا إليها حالة الفتاة التي كانت تظن أنها باهتة الشخصية، فلما اخذ مجموعة من الطلاب يعاملونها على أنها شديدة الجاذبية والحيوية استطاعت أن تكون أسلوبا سهلا في التعامل، كما استطاعت أن تغير أفكارها عن نفسها وأن تتبنى أفكارا اكثر إيجابية[24].

ومن الأساليب الأخرى التي يلجأ إليها المعالجون لتغيير أفكارنا اللامنطقية عن أنفسنا وعن الآخرين استخدام الكف المتبادل بالشكل الذي أشرنا إليه في الفصل الثالث. فنحن نعرف من خلال هذا المفهوم أن الإنسان لا يمكن أن يكون قلقا ومطمئنا في وقت واحد أو مبتهجا ومكتئبا في نفس الآن. لذلك نستعيض عن استجاباته بالقلق باستجابات من الطمأنينة (الاسترخاء مثلا) عند التعامل مع مصادر التهديد. ويصح هذا أيضا بالنسبة للأفكار. فالإنسان لا يكون منطقيا ولامنطقيا في نفس الوقت، ولا يتبنى

فكرة سلبية وإيجابية عن نفسه أو عن الآخرين في نفس الآن عندما يواجه مشكلة ما. لهذا من الممكن أن يغير الشخص أفكاره الداخلية السلبية عند حدوث موقف معين بأفكار إيجابية. من الممكن مثلا أن يربط أداءه لعمل ما بتصور العمل على انه مصدر للمتعة بدلا من تصوره على أنه واجب ثقيل، وتعتبر هذه الطريقة فعالة في إحداث التعديل السلوكي المطلوب، فضلا عن أنها تحسن من استخدام البيئة بإدراكها-في مواقف التهديد-على أنها أقل مدعاة للاضطراب والتخوف.

وثمة أسلوب آخر يساعد على إحداث تغيرات فكرية وسلوكية إيجابية، يتمثل في لعب الأدوار. فإذا تأتى لأحد الأشخاص المضطربين أن يعبر أمام مجموعة من الآخرين عن اتجاه أو سلوك مختلف، فان هذا السلوك سيتحول إلى خاصية دائمة في شخصيته. فالشخص المتسلط، الذي يدفعه تسلطه إلى التصادم مع الآخرين ينجح في أن يبدل تسلطه بأسلوب قائم على التفهم إذا ما طلب منه أداء دور قائد ديمقراطي، وأن يشاهد نتائج إيجابية ديمقراطية في شكل حب الآخرين، أو توددهم له مثلا. ومن رأينا أن التغير الناتج من لعب الأدوار يرجع إلى التغير في معرفة الموقف الذي أدى إليه القيام بالدور. وقد تأتى لكاتب هذه السطور عند قيادة إحدى جلسات العلاج الجماعي لمجموعة من المرضى الفصاميين أن يلاحظ أن تغيرات إيجابية تحدث في اتجاه تقبل المرضى لأطبائهم عندما كان يطلب منهم تمثيل دور الطبيب وتخيل استجاباته في مواقف مختلفة: كالتعامل مع مريض متهيج يحاول إيقاع الأذى بزميل آخر، أو مريض منسحب يعزف عن الطعام، أو استجاباته إزاء مشادة بين مريض وأحد العاملين بالعنبر العلاجي. كما لاحظنا أن التغير الذي يحدث بعد أداء الأدوار افضل من التغير الذي يحدث اثر مناقشة عادية عن إبراز أهمية الطبيب واتجاهاته نحو مرضاه، مما يدل على أن الشخص عند قيامه بدور معين يطلع على جوانب جديدة من المعرفة يسهل عليه تبنيها بعد ذلك.

ولهذا الأسلوب أهمية أيضا في جوانب لا تتعلق بالعلاج، بل تتعلق بالحياة الاجتماعية بشكل عام. إذ كثيرا ما يبدأ الناس في النظر إلى حياتهم بشكل مختلف اثر الدخول في دور مهني جديد. فخبرة القيام بدور مهني تعطي الشخص رؤية جديدة للدور، وتدفعه إلى تبني مجموعة من

الاتجاهات والتوقعات المطابقة للدور. وقد تبين في إحدى الدراسات[24] على فريقين من العمال المعينين في مؤسسات البيع التجارية أن الفريق الذي عين في وظائف إشرافية تبنى اتجاهات مطابقة لاتجاهات هيئة الإدارة، أما الأشخاص الذين عينوا كعمال عاديين فقد تبنوا اتجاهات معارضة لاتجاهات هيئة الإدارة. فالعمل طول اليوم في وظائف العمال العاديين، مثله في ذلك مثل العمل الإداري، يدفع بالضرورة إلى تبني اتجاهات تطابق توقعاتنا عن الدور. وهذا صحيح أيضا في حالات السلوك المرضي. فالتشجيع على مواجهة مشكلة بطريقة لعب دور إنسان عادي أو ناجح، سيؤدي إلى النظر إلى أساليبنا اللاتوافقية بشكل مختلف.

وتنشأ في حالات كثيرة أنواع من الاضطرابات النفسية عندما نعتنق فكرتين متنافرتين عن شيء واحد بحيث أن كل فكرة معهما تولد أو تؤدي إلى تصرفات متعارضة مع ما تولده الفكرة الأخرى. فالشخص الذي تشده فكرة السفر للخارج لتحسين وضعه الاقتصادي أو للحصول على قدر جيد من التدريب والتعليم في مجاله، قد تشده أيضا فكرة الاستقرار في وطنه والإبقاء على وظيفته التي قد يفقدها بسبب هذا السفر. هنا تنشأ حالة من القلق غير السار والاكتئاب الذي ينطوي على أخطار قوية للصحة النفسية. ومن الأشخاص أيضا من يعرف عن نفسه شيئا (بأنه جذاب أو لبق مثلا)، ولكنه يعلم أن فكرة الآخرين عنه (بأنه انتهازي أو متسلق) لا تتسق مع فكرته عن نفسه. هنا أيضا يجد الشخص في هذا التنافر عقبة كؤودا قد تشله عن الحركة عندما يرغب في التفاعل بالآخرين. وقد تبين للكاتب أن كثيرا من المبدعين يعانون من تنافرات من هذا النوع هي التي تسبب فيما يبدو جزءا كبيرا مما يعتريهم من حالات القلق والاكتئاب. فقد يعرف المبدع أو المفكر أن عمله يحتاج منه للانطواء والبعد عن الناس والاختلاف، لكن متطلبات عمله تتنافر مع ما يتطلبه منه المجتمع من ضرورة الخضوع لمعاييره، والاختلاط والتوافق والإغراق في عادات اجتماعية تافهة[25].

ومن الممكن في مثل هذه الحالات البحث عن طرق متعددة للتقليل من هذا التنافر أو آثاره.

من هذه الطرق مثلا العمل على تدعيم إحدى الفكرتين تدعيما إيجابيا

بحيث يزداد وزنها عن الفكرة الأخرى، كان يعترف الشخص مثلا بان عمله قد يؤدي إلى بعده عن الناس مؤقتا ولكنه هو مصدره الرئيسي للشعور باحترامه لنفسه والحصول على احترام الآخرين في النهاية، وكان يغير اتجاهه نحو أحد الموضوعين بحيث يضفي عليه قيمة اقل مما هو عليه. ففي حالة تعارض تصوري عن ذاتي عن تصور الآخرين ربما يكون من الأفضل للصحة النفسية في هذه الحالة أن يضع الشخص قيمة أقل لتصورات الآخرين السلبية له فيدركها على أنها أقل أهمية واضعف وزنا، وبالتالي قد يزداد وزن الفكرة الأخرى وقيمتها، وهي في هذه الحالة فكرة الشخص عن نفسه بأنه على قدر مرتفع من اللباقة... الخ.

ومن المهم أن نشير من جديد إلى أن كثيرا من جوانب هذا التنافر ينبع أحيانا بسبب قيم اجتماعية خارجة عنا(*6). فالمجتمع الذي لا يركز على الإبداع كقيمة إنسانية مثلا يؤدي مباشرة إلى إثارة الشك والقلق لدى الشباب الذين تربطهم بالعمل الفكري والإبداعي بعض الصلات. في هذه الحالات من الضروري أن نشير إلى أن التخفيف من آثار التوترات المعرفية يحتاج إلى جهود العلماء الاجتماعيين بقدر مساو لجهد المعالج السلوكي- حيث يكمن الحل الواضح لمثل هذه الأنواع من التنافر في ضرورة تغير التصورات الاجتماعية العامة عن مشكلات نعتبرها من وجهة النظر النفسية شديدة الأهمية.

وعلى أية حال، هناك أساليب متعددة لتغير طرق التفكير الخاطئ ليس بالإمكان التفصيل فيها هنا. وفضلا عن هذا فان هناك أشكالا متعددة من الأساليب الجديدة التي تجرب في الوقت الحاضر بمعهدي العلاج المنطقي في نيويورك وكاليفورنيا، وكلا المعهدين يقومان على أساس التعديل من أساليب التفكير (فضلا عن السلوك) في حالات متعددة من الاضطرابات كالاكتئاب، والجنسية المثلية، والضعف الجنسي، والقلق، فضلا عن تقديم النصح والإرشاد لنمو «العاديين» في مواقف مختلفة من الحياة كالقيادة والتدريس والإبداع.

وعلى العموم فإننا نرى أن أساليب تعديل طرق التفكير تنطوي على إمكانيات جيدة، خاصة إذا ما عرفنا إن المبادئ والقوانين التي تحكم السلوك والشخصية والإنسان في تفاعله الاجتماعي تستخدم بأفق متسع ومتكامل

في هذا النوع من العلاج.

خلاصة

يعكف الباحثون في العلاج النفسي وتعديل السلوك البشري منذ سنة 1965 على دراسات وتجارب مكثفة لبحث آثار المعتقدات الفكرية الخاطئة - التي يتبناها الفرد عن نفسه وعن الآخرين - على إثارة الاضطراب النفسي وسوء التوافق. وتشير هذه البحوث إلى وجود أدلة قوية على أن وراء كل تصرف انفعالي بالغضب أو العدوان، بالانسحاب أو الاندفاع.. الخ-بناء ونمطا من التصورات والمعتقدات يتبناها الفرد عن الحياة ومشكلاتها، وأن التصرفات الانفعالية تتغير بتغير هذه التصورات والمعتقدات.

إن أي شكل من أشكال الاضطراب يسبقه تفكير خاطئ في الموقف، أو في فاعلية الذات. وقد بينا أن العوامل الفكرية المسببة للاضطراب النفسي تكون إما على:(1) شكل معتقدات ووجهات نظر خاطئة يتبناها الشخص عن نفسه وعن الآخرين فتسبب له التعاسة والهزيمة الذاتية وأشكال الاضطراب الأخرى. وقد عرضنا لعدد من الأفكار التي إذا ما تبنى الشخص إحداها أو بعضها، فان سوء توافقه واضطراباته ستكون أشياء مرجحة إلى حد بعيد، أو تكون على شكل:(2) أساليب خاطئة من التفكير في الأمور كالمبالغة، والتعميم، وجمود التفكير وتصلبه. ويوضح هذا الفصل أهم الطرق المستخدمة لتعديل أنماط التفكير المضطرب، كالدحض المستمر للأفكار الخاطئة، والاستبصار، والدخول في مواقف حية بتصورات مختلفة وتوقعات معدلة. فضلا عن هذا، فان العمل على إحداث تغيرات إيجابية في البيئة الاجتماعية يساعد على التغير الإيجابي في أفكارنا عن أنفسنا. وهناك أيضا، لعب الأدوار الذي يؤدي إلى تغيير معرفتنا بالتصرفات السوية وتمكيننا من أدائها.. الخ.

ومن المهم هنا أن نشير إلى أنه بالرغم من النجاح الذي تحرزه أساليب العلاج المعرفي في الوقت الراهن، فان طلاب العلاج والتغيير غالبا ما يأتون بدوافع متباينة ولأسباب مختلفة، لهذا قد تصلح أساليب التعديل الذهني مع بعضهم بينما تصلح مع البعض الآخر أساليب من التدعيم السلوكي المباشر، أو التدريب على تأكيد الذات.. الخ.

لهذا فثمة هدف رئيسي ينبغي بلورته كهدف عام من أهداف العلاج، وهو أن يختار المريض بنفسه قيمه الخاصة وأن ينمي طرقه الفكرية الملائمة بمجهوداته الذاتية، أو أن يختار المجالات التي تحتاج منه احتياجا ملحا للتغيير. أما كيف يتم ذلك وما هو دور المعالج النفسي في هذا.. فذلك ما سيوضحه الفصل القادم.

مراجع وتعليقات

(1) Adler, A. The Practice and theory of individual Psychology New York: Harcourt, 1927.

(2) Rokeach, M. The open and closed mind. New York: Basic Books, 1960.

(3) : Kelly, G. A. The Psychology of personal constructs. New York Norton, 1955.

(4) Ellis, A. A. cognitive approach to behavior therapy. International Journal of Psychiatry, 1969, 8, 896-899.

(5) Kanfer, F. H. Self-management techniques. In F. H. Kanfer and A. D. Goldiamond(eds.) Helping People Change. New York: Pergamon.1975.

(6) يعود الفضل للطبيب النفسي«لو» Low في استخدامه لمبادىء الفلسفة الرواقية في العلاج وذلك من خلال منهجه في العلاج الذي أطلق عليه منهج تدريب الإرادة. انظر في ذلك كتابه:

Low. A. A. Mental health through will-training Boston: T christopher Publishing House, 1952,

(7) انظر في ذلك كتاب برتراند راسل:

Russell, B. The Conquest of happiness. New York The American Library, 1930.

(8) Kanfer, op. cit., 1975.

(9) انظر:

عن جوليان روتر، علم النفس الاكلينيكي، ترجمة عطية هنا. الكويت: دار القلم، 1976.

Pavlov, I. The scientific investigation of the Psychical faculties or processes in the higher animals. Science, 1906, 24, 613-61

(10) كذلك انظر كتاب «بافلوف» الرئيسي الذي يشير بين الحين والآخر إلى الفروق في عمليات التعلم وما تؤدي له من فروق فردية في الشخصيات الإنسانية:

Pavlov, I. Conditioned reflexs. (Trans. by G. V. Annrep.) London: Oxford Univ. Press, 1927.

(11) يعود الفضل للعالم الروسي «بلاتونوف» في إثبات ان الاستجابات الفسيولوجية عند الاستماع لكلمات مرتبطة بالألم أشبه بالاستجابات الانفعالية المصاحبة للألم الحقيقي. انظر تلخيص تجاربه في:

(12) Mahoney, M. J. Cognition and behavior modification, Cambridge, Mass.: Ballinger, 1974.

Dollard J. & Miller, N. E. Personality and Psychotherapy New York: McGraw, 1950.

(13) للمزيد من التجارب التي تبين ان الانفعال يستثار في اتجاهات مختلفة بحسب ما يقوله أو ما يردده. الفرد لنفسه او ما يفكر فيه انظر:

- Meichenbaum D. Cognitive factors in behavior modifica-tion: Modifying what clients say to themselves. In Cyril-Franks and Gerald Wilson(eds.) Annual Review of Behavior Therapy. New York: Bruner / Mazel, 1973.

(14) Bandura, A. Principles of behavior modification. NewYork: Holt, 1969.

(15) للمزيد عن استخدام تغيير التفكير نحو الاقليات واثره على تخفيض درجة التعصب انظر:

Allport, G. W. The nature of prejudice, Cambridge, Mass: Addision-Wesley,1954.

(16) عن دور وارتباط العوامل المعرفية بالقلق والتوتر انظر لنا: عبد الستار إبراهيم، بعض متعلقات الجمود العقائدي، مجلة الصحة النفسية، كلية الطب - جامعة القاهرة، مجلد 13- عدد 7 العدد السنوي 1973.

- عبد الستار إبراهيم، الأصالة وعلاقتها بأسلوب الشخصية، رسالة دكتوراه، جامعة القاهرة، 1972 (غير منشورة)

-Ibrahim, Abdul-Sattar, Sex differences, originality and Personality response styles. Psychological Reports. 1976, 39, 859-868.

- Ibrahim, Abdul-Sattar, Dogmatism and related personality factors among Egyptian University students. J. Of PsyChology, 1977, 95,213-215.

- عبد الستار إبراهيم، المحافظة التسلطية: تقرير عن واقع البحوث التي أنجزت من 1968: 1973. حوليات كلية الآداب - جامعة القاهرة، مجلد 31, 1977.

(17) اعتمدنا في وضع هذه الصياغة على كتابات «البرت أليس». ويلاحظ أن «أليس» يعتبر من أقوى الممثلين لهذا الاتجاه العقلاني في العلاج النفسي. وهو صاحب طاقة ونشاط هائلين سواء فيما يتعلق بممارسة العلاج في هذا الاتجاه أو البحث، أو المؤتمرات. ومن العسير وضع ثبت بمؤلفاته لأنها تزيد عن المائة.. غير أن من يود أن يرجع لبعض أفكاره العامة يمكن أن يطلع على المراجع الآتية كعينة:

Ellis, A. Reason and emotion in Psychotherapy. NewYork: Lyle Stuart, 1962.

- Ellis, A. & Harper, and R.A. A new guide to rational living Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall, 1975.

- -Ellis, A. Rational-emotion therapy. The Counseling Psychologist, 1977,7,1,2-27.

(18) أنظر مراجع «أليس» السابقة.

(19) أنظر Ellis, op. Cit ,.1997.

(20) فؤاد زكريا، التفكير العلمي، الكويت: عالم المعرفة 1978.

(21) Beck, A. T. Depression: causes and treatment PhiladelPhia: University of Pennsylvania Press, 1967.

(22) المرجع السابق.

(23) Beck, A. T. Coping with depression. Institute for Rational. living, 1974.

(24) ميشيل ارجايل، علم النفس ومشكلات الحياة الاجتماعية، ترجمة عبد الستار إبراهيم، الكويت: دار القلم - الطبعة الثانية، 1978.

(25) انظر شرحا لنظرية التنافر بين معرفتين وما يثيره هذا من اضطراب على الشخصية في المرجعين الآتيين:

- طلعت منصور، التعلم الذاتي - القاهرة الانجلو، 1977.

- عبد الستار إبراهيم، الأصالة وعلاقتها بأسلوب الشخصية، مرجع سبق ذكره 1973.

(26) عزت حجازي، الشباب العربي والمشكلات التي يواجهها، الكويت: عالم المعرفة، يونيو، 1978.

الحواشي

(*) نلاحظ انه بالرغم من أن تأثير العقاقير الطبية ذو طابع فسيولوجي، فان المريض يمكن أن كان غير راغب في العلاج ولا يرى ضرورته أن يقوم بوسائل تخفف من تأثير هذه العقاقير أو تلغيها. وابسط مثال على هذا ما نلاحظه في مستشفيات الطب العقلي من أن المريض قد يبقي الأقراص العلاجية في فمه دون أن يبتلعها، ويبصقها خفية ما دام اتجاهه نحو الطبيب المعالج أو العلاج سلبيا. ويكشف الفيلم السينمائي الحاصل على جائزة الأوسكار «طائر فوق عش المجانين» جوانب من هذه الاتجاهات دون مبالغة.

(*1) الشخص البلغمي هو الشخص الذي يتصرف طبقا للأصول وذو مزاج سعيد، ومزاجه السعيد قد يعوض قصور فطنته وحكمته. وهو متعقل في تعامله مع الآخرين.. وقد يظهر الاستسلام لهم ولكنه غالبا ما يحقق أهدافه. أما الشخص الدموي فهو عديم المبالاة، اجتماعي، محب للهو، ويضفي أهمية عظيمة على أي شيء يمارسه في لحظة ممارسته له. أما السوداوي.. فهو عكس الدموي قلق، ويجد في كل شيء مصدرا للهم والاضطراب.. ويميل للشكوك والهموم ولهذا السبب لا يكون سعيدا. أما الصفراوي فهو إنسان عدواني وسريع الانفعال، ومحب للثناء والمظاهر والأبهة.. .

(*2) لا يعني هذا بالطبع أن «بافلوف» هو صاحب الفضل الرئيسي في نشأة الاهتمام بأساليب التفكير، بقدر ما يعني انه لم يغفل الانتباه لهذه العوامل ودورها في توجيه السلوك الإنساني بغض النظر عن تأثير المواقف والتشريطات الخارجية.

(*3) من أمثلة القيم اللامنطقية تلك التي يكون محورها الاعتماد على قوة خارجية، ثروة أو سلطة.. أو تقاليد تمنع السعادة والنجاح... ومن أمثلة القيم المنطقية تلك التي تقوم على إدراك واقعي لقيمة الذات وقوتها مثل قيم الإنجاز والإبداع والقيم الجمالية.

(*4) عند الحديث عن معتقدات فكرية خاطئة لا نقصد الإشارة إلى الأخطاء بالمعنى المنطقي الذي يرد في دراسات المنطق والفلسفة، بل نقصد الجوانب الفكرية التي تسود لدى المضطربين واللاتوافقيين.

(*5) تجدر الإشارة إلى أنه ألبرت أليس(18) يعتبر صاحب المبادرة الرئيسية في حصر وجهات النظر والأفكار اللامنطقية.

(*6) خير مثال على هذا ما يلاحظه عزت حجازي في كتابه «الشباب العربي» من أن جزءا كبيرا من مصادر القلق يمكن العودة به إلى تعارض القيم الاجتماعية مع الحاجات الشخصية. فمن مصادر قلق الشباب فيما يرى الاعتقاد الذي تدفع إليه القيم والممارسة الاجتماعية بان الحب يتعارض مع الدين وانه ليس مجرد «عيب» ولكنه من «الجرائم». وبالنظر إلى الإلحاح الشديد والحاجة إلى الحب يعيش الشباب العربي أزمة طاحنة بسبب تعارض القيم الاجتماعية مع حاجاتهم الشخصية(26).

8 علاج دون معالج: الأساليب الحديثة في العلاج الذاتي

تمهيد:

أشرنا في فصل سابق إلى أن إحساس المعالجين السلوكيين بحاجة الناس إلى طرق سريعة وفعالة لمساعدتهم على تنمية قواهم الذاتية، وتعديل أنماط وأساليب التكيف السيئة، التي تعلموها من خلال عمليات تشريط اجتماعي سيئ، جعلتهم (أي المعالجين) يفكرون في ابتكار طرق سريعة وفعالة يمكن للمريض أن يمارسها بنفسه دون حاجة للالتجاء المستمر للمعالج إلا في حالات وأوقات قليلة.

وتناقش هذه الأساليب أحيانا على أنها طرق للعلاج الذاتي، وأحيانا أخرى توجيه ذاتي وأحيانا ثالثة على أنها أساليب للضبط الذاتي. غير أنها تتفق جميعا - بالرغم من اختلاف المسميات - في أنها تستهدي بقوانين علم النفس ونظرياته والمعرفة النفسية بشكل عام في تطبيق مبادئ العلاج ذاتيا. بعبارة أخرى فان ما قاله سقراط من قبل «اعرف

نفسك» يتحول هنا ليصبح «عالج نفسك.. مستهديا بقوانين المعرفة العلمية».

ولفترة قريبة، لم تكن أساليب الضبط الذاتي موضوعا لتفكير المعالجين النفسيين على الإطلاق. ويبدو أن تأخر ظهور هذا المنهج إلى مسرح العلاج النفسي السلوكي، إنما يعود إلى حد كبير إلى سيطرة المنهج الطبي العضوي على حركة العلاج النفسي. فالعلاج النفسي فيما أشرنا في مواقع متفرقة كان من حيث الممارسة مقتصرا على الأطباء، ولا زال الأمر كذلك في كثير من الدول.

والطبيب فيما نعلم يتبنى وجهة نظر عضوية تنعكس في علاقته بمريضه: فالطبيب هو صاحب السلطة الرئيسية في تشخيص المرض، ووصفه للدواء والعلاج، وما على المريض إلا أن ينفذ التعليمات ويتعاطى الدواء إن كان يريد العلاج.

هذا الفهم لطبيعة العلاقة بين المريض والطبيب انعكست آثاره على العلاج النفسي كما مثله فرويد. فالتحليل النفسي أيضا يقوم على نفس النموذج، المريض والمعالج: المريض السلبي والمعالج الإيجابي، الذي يفسر ويوجه. وفي هذا السياق قام البورت Allport - من هارفارد إذ ذاك - في سنة 1960 بتحليل للبحوث الرئيسية في علم النفس وأساليب العلاج النفسي فوجد أن هذا التصور يسيطر على كثير من مفاهيم علماء النفس في تفسيرهم للظواهر الإنسانية. فنسبة كبيرة من تصورات العلماء للإنسان كانت تراه - أي الإنسان على أنه يخضع بشكل سلبي لقوى خارجة عن إرادته، تماما كما تفعل القطط والأرانب في تجارب المختبرات.

وقد شهدت الحقبة الأخيرة من النمو في علم النفس وأساليب العلاج النفسي، ما يشبه مراجعة النفس فيما يتعلق بحقيقة موقفهم من مفاهيم تعوق خطى نموهم. فبدأنا نشهد رفضا للتصورات السلبية للإنسان، وبدأ التأكيد على أن هناك حاجات في داخل كل شخص تدفعه إلى الارتقاء وتحقيق الذات والتغيير عن خصال شخصيته مقصودة.

والحقيقة أن ذلك الاتجاه قد بدأ بجهد طائفة من المعالجين النفسيين الذين يعرفون في الوقت الحالي باسم طائفة علماء النفس الإنساني Human Psychologists عندما أخذوا يعيدون تفسير نظريات العلاج النفسي بالتأكيد على قدرة الإنسان على توجيه نفسه ذاتيا من خلال قدرته على التعلم

الذاتي وتوظيفه لقدراته وإمكاناته[1]. ويعتبر كارل روجرز Carl Rogers من طائفة المعالجين الإنسانيين، وممن حاولوا الاستناد إلى معطيات علم النفس الحديث بوضع نظرية رئيسية في العلاج النفسي تقوم على التوجيه الذاتي، والممارسة الشخصية لتغير السلوك. وتعتبر نظريته أيضا من أوائل النظريات التي قلبت العلاقة التقليدية بين المريض والمعالج، فجعلتها تنصب على المريض (أو العميل)[*]، بحيث يكون المريض هو صاحب الدور الأساسي والفعال في عملية العلاج وتغيير الشخصية، ونمو هذا التغيير. بل إن روجرز يرى أن دور المعالج النفسي لا يزيد عن خلق شروط علاجية غير مباشرة، وغير موجهة، من شأنها أن تيسر فهم الذات, والنضوج النفسي السليم. ويؤكد «روجرز» أن نمو قدرات الإنسان الإبداعية، وقدرته على تنمية ذاته وتوجيهها، فضلا عن قدراته على الاختبار وحل المشكلات، أمور ليست ممكنة نظريا وعمليا فحسب، بل إنها جزء من قوانين الطبيعة، وهدف يجب أن يعلو كل الأهداف في العلاج النفسي الناجح[2].

وقد أعطت حركة علماء النفس الإنساني وتصورها للإنسان - أعطت دفعة قوية للعلاج السلوكي الحديث في اتجاه فهم عمليات الضبط أو التوجيه الذاتي من خلال مفاهيم نظرية التعلم ذاتها، التي كانت في شكلها التقليدي ترفض مثل هذه المفاهيم من قبل لعدم اتساقها مع منطق النظرية السلوكية القائم على تصور السلوك كمحصلة للشروط البيئية الخارجية بالشكل الذي وجدناه بها عند «بافلوف» و «سكينر». ولعل هذا ما يعبر عنه «باندورا» Bandura رئيس جمعية علم النفس الأمريكية السابق-بوضوح في هذه العبارة:

«تمر النظرية السلوكية في الوقت الحالي بتغيرات حاسمة. فمنذ سنوات اقتصر تصور علماء النفس السلوكي للإنسان على أنه كائن يستجيب أساسا للتغيرات البيئية التي تشكل آليا أفعاله وتحكمها. لكن نظرة متفحصة للإنسان تبين انه اكثر فاعلية وان. تأثيرات البيئة لا تتم بشكل آلي. فالتغيرات التي كان من المعتقد أنها تؤثر في السلوك بشكل آلي، يكون تأثيرها في الحقيقة محدودا ما لم يدعمها وعي الإنسان بها..».

(*) تمشيا مع نظريته الإنسانية لا يستخدم «كارل روجرز» كلمة مريض بل يفضل بدلا منها كلمة عميل client.

«إن السلوك يخلق - جزئيا - البيئة[*1] بمقدار ما تؤثر البيئة في ظهور وإبراز السلوك. ولهذا فمن المهم أن نحلل كيفية تشكيل الإنسان للشروط البيئية التي تحكمه، بنفس القدر من الاهتمام الذي نوليه لدور البيئة والشروط المختلفة التي تحكم ظهور سلوك معين».

«إن من أهم الخصائص التي تميز الإنسان انه يستطيع خلق تأثيرات في ذاته نابعة من ذاته ومن توجيهه الذاتي لسلوكه. ومن خلال دوره كمؤثر وموضوع للتأثير في نفس الوقت يمتلك الإنسان قوة رئيسية في توجيه ذاته»[3].

لعل مغزى عبارة «باندورا» واضح للقارئ: أن حياة الإنسان تتوجه ذاتيا وبأغراض خاصة، دون أن ينفي ذلك وجود قوانين سببية تضعها البيئة بشروطها الخاصة ودون تعارض بينهما.

وعلى هذا فهدف هذا الفصل إذن هو تبسيط لبعض الأساليب أو التكتيكات التي ابتكرها المعالجون لمساعدة مرضاهم على تطوير ذواتهم ومواجهتهم لما يثور من مشكلات. ولكن علينا أولا أن نعرض للأساس النظري لهذه الأساليب كما تتبناه مدارس العلاج السلوكي الحديثة.

الرأي السلوكي الحديث في مفهوم العلاج الذاتي:

لنفرض أن شخصا حاول جاهدا الإقلاع عن تدخين السجائر، فانتهت محاولاته للفشل.. فكيف نفسر ذلك ؟.

من التفسيرات المبكرة القول بأن هذا الشخص ليست لديه الإرادة الكافية للإقلاع عن التدخين. هذا ما يمكن أن يثور لأول وهلة. لكن لنفرض أننا تساءلنا: وما هو الدليل على ضعف إرادته ؟. حسنا ! ألم يحاول أن يتبع خطة معينة ففشل ؟ من الواضح إذن أننا بهذا التفسير لم نفعل شيئا إلا التحرك في دائرة لا تنتهي بنا إلى حقائق نافعة. فنحن نفسر فشله بوجود إرادة ضعيفة ونستدل على ضعف إرادته بفشله في الانقطاع عن التدخين.

والحقيقة أن هذا ما يؤخذ على التفسيرات القديمة المختلفة كالغريزة، وقوة الإرادة، وقوى التطور النفسي.. الخ. أنها لا تضيف شيئا لمعرفتنا،

(*1) يشير بهذا إلى تأثير البيئة الواحدة على شخصين يختلف باختلاف الطريقة التي يدرك كل منهما بها بيئته وعالمه بالطريقة التي أشرنا لها في الفصل السابق عن تعديل أساليب التفكير.

وتنطوي على خطأ منطقي كبير في الاستنتاج فنحن نفسر الشيء بشيء آخر يفسره نفس الشيء الأول: «الفشل في تدخين السجائر راجع لضعف الإرادة وضعف الإرادة راجع للفشل في تدخين السجائر... الخ».

وهناك خطران يمكن أن تؤدي إليهما، مثل هذه التفسيرات الدائرية.. فمن ناحية لا تنتهي بنا لأسباب واضحة تساعد على تقدم المعرفة العلمية، ومن ناحية أخرى قد يؤدي التفسير بقوة الإرادة أو ضعفها على المستوى العلاجي إلى فقدان حماس المريض وبالتالي فشل العلاج. فنحن عندما نبين له أن فشله راجع إلى ضعف الإرادة، فقد يقتنع بأن فشله يرجع لأمر ليس مكانه أن يغيره. فلم المحاولة ؟.

ولعلي لا أبالغ إن قلت بأن كثيرا من فشل الناس - الذين ألتقي بهم بين الحين والآخر - في تعديل سلوكهم وتوجيهه في مسار سليم إنما يرجع إلى انهم يضعون أنفسهم في أسر تفسيرات من هذا القبيل، ويفسرون أخطاءهم مرة بطريقة قدرية، ومرة بقوى لا تخضع لضبطهم، ومرة بوجود غريزة من هذا النوع أو ذاك، إلى غير ذلك من التفسيرات التي تدفع دفعا قويا للتقاعس واليأس وتقبل الأخطاء والعجز.

هل هناك تفسير آخر إذن يمكن أن يكون أكثر إيجابية ؟ اجل، وهو التفسير الذي تتبناه البحوث الحديثة. فمن وجهة نظر علماء السلوك المحدثين نجد أن عجز الشخص عن الإقلاع عن التدخين في المثال السابق إنما يرجع إلى عدم معرفته بالشروط الملائمة للإقلاع عن التدخين، وبالتالي فانه لم يضع نفسه في الشروط أو في المواقف الاجتماعية أو النفسية الملائمة التي يمكن أن تحول قراره إلى التنفيذ العملي. بعبارة أخرى، فان قدرة الشخص على التعديل الذاتي لأفعاله وأنماطه السلوكية تعتبر نتاجا لمعرفته بالشروط المحيطة به وقدرته على تغييرها. وبهذا تزداد مهارة الشخص في تعديل سلوكه، وتوجيه ذاته الوجهات التي يرغبها كلما ازدادت قدرته على معرفة الشروط الملائمة والحوادث السابقة لظهور السلوك والمدعمات التي يؤدي لها هذا السلوك. وبهذا المعنى لا تزيد قدرة الشخص على تعديل سلوكه ذاتيا عن كونها ببساطة: «اعرف المتغيرات والشروط التي تحكم أفعالك وضع نفسك فيها».

لهذا فان النجاح في تقوية جانب مرغوب من الشخصية أو تعديل جانب

سيئ منها يجب أن يتضمن فهما واضحا للعوامل المؤثرة في السلوك، مع التحكم فيها بطريقة تؤدي إلى التغيير المطلوب. ولعل هذا ما دفع «سكينر» إلى استنتاج أن محددات الضبط الذاتي ونجاحه جزء من محددات الضبط السلوكي بشكل عام: «الإنسان قد يضبط سلوك إنسان آخر بأعداد شروط ملائمة لهذا الضبط[*2]. وبالمثل يمكنه أن يضبط سلوكه الذاتي بأن يضع نفسه في شروط ملائمة تساعده على هذا الضبط. وعلى هذا فان الضبط الذاتي يتحدد من خلال خلق شروط تدعيمية مماثلة للشروط التدعيمية التي تطور بها أي سلوك آخر»[4].

ومن ناحية ثانية، يتفق المعالجون السلوكيون على أن أساليب الضبط الذاتي تكتسب من خلال عمليات تعلم اجتماعي ومهارة في وضع الشخص لنفسه في شروط بيئية وبيولوجية قادرة على إحداث التغييرات المطلوبة، أو التحكم في البيئة الاجتماعية والبيولوجية بحيث تتحول إلى الصورة المطلوبة من حيث إحداث التغير.

نماذج من أساليب الضبط الذاتي

هدفنا الأساسي هنا - إذن - هو أن نبين أن عملية التغير العلاجي من خلال التوجه الذاتي أمر لا يمكن فصله عن الظروف البيولوجية والاجتماعية والمعرفية التي سبق وأن أفضنا فيها في الفصول السابقة، كل ما هنالك أن خلق أو تغيير الظروف أو الشروط الضرورية لإحداث العلاج يتم من خلال قدرة الفرد على ممارسة التغيير بنفسه، وبتوجيه من معالجه.

ولهذا نجد أن كثيرا من الأساليب العلاجية التي عرضنا لها في الفصول السابقة يمكن أن تستخدم مع بعض التحوير بحيث يمكن للفرد أن يمارسها بجهده الشخصي، موجها عمليات العلاج بنفسه. وينصب جزء كبير من نشاط المعالجين السلوكيين على تحوير تلك الأساليب بحيث تصبح قابلة للممارسة الذاتية. وهكذا نجد أن التطورات المعاصرة في العلاج الذاتي تنطلق تقريبا من نفس مفاهيم تعديل الجوانب الوجدانية، والمعرفية،

(*2) الإنسان يضبط سلوك إنسان آخر من خلال خلق شروط ملائمة تساعده على إحكام قبضته مثل العقاب والترغيب، وخلق احتياجات في الشخص الذي نرغب في التحكم فيه، أو تدعيم استجابات الخضوع.. الخ.

والسلوكية، والاجتماعية بالشكل الذي استوعبته الفصول السابقة. وسنعرض في الفصول الباقية من هذا الفصل نماذج من التحويرات التي تمت أو يمكن أن تتم في هذه الأساليب بحيث يمكن استخدامها ذاتيا.

ا - التعديل الذاتي للجوانب الانفعالية من الاضطراب:

عرضنا لأساليب العلاج السلوكي القائمة على مبدأ الكف المتبادل كالاسترخاء، والتطمين المتدرج، وتأكيد الثقة بالنفس. ويمدنا المعالجون المعاصرون بعديد من الاقتراحات عن كيفية تحسين هذه الطرق بحيث يصلح استخدامها ذاتيا.

فالاسترخاء، مثلا يمكن استخدامه خارج عيادة المعالج وفي المواقف التي تستثير التوتر. ويتوقف على المعالج بعد أن يدرب مريضه على الاسترخاء المنظم أن يوضح له بعد ذلك أن هذا الأسلوب يستمد نفعه الأساسي إذا ما استخدمه المريض في المستقبل عندما تواجهه مشكلات مماثلة لتلك المشكلات التي دفعته لطلب العلاج، خاصة إذا ما كان طالب العلاج من النوع الذي يشمله الاضطراب والانفعال والقلق في مواقف متعددة ليلا أو نهارا.

وقد رأينا نموذجا لذلك حالة الشاب الذي عالجه «سالتر» في الفصل الخامس. وتبين ملاحظات المعالجين السلوكيين في هذا الصدد أن قدرة الفرد على ممارسة الاسترخاء في المواقف التي تعتبر بالنسبة له موضوعا لإثارة القلق والتوتر (كالحديث مثلا أمام مجموعة من الأشخاص) ستساعده على مواجهة جوانب الإحباط التي قد تحدث بطريقة أكثر إيجابية. بعبارة أخرى، فان السلوك (الاسترخاء) سيغير من طريقة إدراك البيئة فيحولها إلى عنصر أقل تهديدا.

ويقترح كاوتلا Cautela - من مشاهير العلاج السلوكي الحديث ورئيس جمعية العلاج السلوكي سابقا - طريقة تساعد على التوترات التي تنشأ في جو العمل لدى مرضاه. فقد كان يقترح على طلاب العلاج - خاصة إذا كان مصدر الاضطراب هو التوتر والصراع الذي يستثيره جو العمل - أن يجلس الشخص مسترخيا على مكتبه في العمل، وأن يهتف بصوت عال أثناء ذلك بكلمة «استرخ» لمدة 10 مرات. وكان يؤكد على مرضاه اتباع هذا الأسلوب

مهما بدا له بسيطا أو مستهجنا. فإذا اتبع المريض التعليمات كأن يطلب منه بعد ذلك أن يسترخي في وضع واقف، وأن مارس الاسترخاء في المنزل مرة يوميا على الأقل في كلا الوضعين (الجالس والواقف).

وفي كل مرة يطلب منه أن يقول لنفسه «استرخ» بصوت عال لعشر مرات في هذين الوضعين، إلى أن تحدث رابطة بين كلمة التنبيه (استرخ)، والاستجابة (اختفاء التوتر والاسترخاء). وبعد أن يتبين للمعالج أن المريض يستطيع الاسترخاء بنجاح في كلا الوضعين، يؤكد له بعد ذلك ضرورة استخدام هذا الأسلوب في كل مواقف القلق بعد ذلك[5].

ومن الطريف أن «كاوتلا» قد أجرى عددا من الدراسات التتبعية على الأشخاص الذين يستخدمون هذا الأسلوب بناء على توجيهه لهم، فتبين أنهم يتحمسون لهذا الأجراء ويحسون بفاعليته. كذلك تبين أن تدعيم الرابطة بين كلمة «استرخ» ووضع الاسترخاء يساعد على ممارسة الاسترخاء والتمكن منه بطريقة سريعة حالما يهتف الشخص لنفسه في موقف التوتر بكلمة «استرخ».

كذلك يستخدم أسلوب التطمين المتدرج كأسلوب من أساليب العلاج الذاتي في مواجهة المخاوف المرضية، ويكون ذلك بان يقوم الفرد بتخيل المنبهات المثيرة للقلق بعد تدريجها وهو في حالة من الاسترخاء.

وفي الولايات المتحدة تدرج المنبهات المثيرة للقلق كالخوف من الثعابين أو الظلام، أو الامتحانات أو الحديث أمام الناس وتسجل على أشرطة تسجيل «كاسيت» وتباع للمرضى أو للأشخاص الذين يرغبون في التخلص من أعراض الخوف والقلق في تلك المواقف وغيرها.. ويمكن أن يقوم بتشغيلها وهو في وضع الاسترخاء إلى أن يتم له تحييد تلك المصادر من شحناتها الانفعالية الشديدة. وتبين بعض التجارب أن النجاح في التخلص من الخوف من الثعابين مثلا بهذه الطريقة (الاستماع لأشرطة التسجيل في المنزل بوضع الاسترخاء) يتساوى مع العلاج بطريقة التعرض للمنبهات الدافعة للخوف مباشرة أو مع المعالج. مما يدل على الإمكانات الجيدة التي يمكن أن تتطور لها أساليب العلاج الذاتي.

غير أن هناك بعض المشكلات التي تثور نتيجة لاستخدام أشرطة التسجيل في عملية التطمين المتدرج. فمن ناحية لا يزال هذا الأسلوب في

بداياته الأولى. ومن ناحية أخرى يثير التسجيل مسألة تتعلق بالتفاوت في تقدير المدرجات المثيرة للقلق. فقد يثير مدرج معين كتخيل ثعبان مرسوم على بطاقة بيضاء درجة أكبر من القلق لدى شخص دون شخص آخر. فضلا عن هذا لا يوجد اتفاق مطلق بين المرضى على المنبهات التي تستثير لديهم تلك المخاوف. فالخوف من مجابهة الآخرين بحديث أو خطبة - على سبيل المثال - قد يكون مصدره عند أحد الأشخاص هو حجم الجماعة، بينما يكون مصدره عند شخص آخر هو سلطة الأفراد الذين تتكون منهم هذه الجماعة. وقد ناقشنا هذه القضايا من قبل.

ولهذا فمن رأينا أن يتم تدريج المواقف المثيرة للقلق لكل شخص على حدة، ومن خلال اقتراحات الفرد نفسه وبتوجيه المعالج، ثم يمكن أن تسجل لكي تمارس ذاتيا بعد ذلك. فهذا أفضل من الحصول على «كاسيتات» معدة في ظروف مختلفة ولأناس مختلفين.

أما أسلوب تأكيد الذات فهو بطبيعته أسلوب من أساليب الضبط الذاتي. أي انه لا يكتسب فاعليته إلا من خلال ممارسة الفرد نفسه لهذا الأسلوب ووضعه موضع التنفيذ العملي. صحيح أن المعالج قد يعلم مريضه بعض أساليب تأكيد الذات في داخل العيادة أو مختبر العلاج السلوكي بطريق تمثيل الأدوار مثلا، إلا أن نجاح أسلوب تأكيد الذات لا يتم إلا إذا حاول الفرد نفسه تعميم الاستجابات التي طورها مع معالجه إلى مواقف اجتماعية جديدة (كالأسرة أو العمل) ومع أناس آخرين (كالرؤساء والزملاء.. الخ)، أي أن يمارس تأكيد الذات متعمدا كلما شعر بأن غبنا أو ظلما قد وقع عليه من الآخرين. بل أن كثيرا من المعالجين مثل كاوتلا[6]، يرون أن التدريب المعملي من خلال توجيهات المعالج بطريقة تمثيل الأدوار يجب أن يكون لاحقا وليس سابقا لاستخدام أساليب التأكيد الذاتي ذاتيا، خاصة عندما يفشل الفرد في الممارسة الذاتية لتأكيد الذات.

2- العلاج الذاتي من خلال ملاحظة الذات:

منذ أن ابتكر فرويد نظرية التحليل النفسي أصبحت مفاهيم الاستبصار والوعي والشعور من أهم الأسس التي تتضمنها أي نظرية للعلاج النفسي. ولعل «فرويد» هو أول من أكد أن وعي الفرد بالحوادث التاريخية الانفعالية

التي يمر بها يؤدي إلى تغييرات مباشرة في سلوكه. كذلك أكد «كارل روجرز» دور الوعي في فهم الفرد لذاته وتقبله لها. لكننا رأينا إن معالجة «فرويد» لهذا المفهوم لم تؤد إلى نتائج علاجية ناجحة ذات شأن بسبب ربطه لعملية الاستبصار بخبرات طفلية قديمة. فالاستبصار عند «فرويد» يشير إلى قدرة الشخص - من خلال المحلل النفسي - على الوعي بتشكيل شخصيته في السنوات المبكرة من العمر.

ويستخدم المعالجون المعاصرون الوعي والاستبصار في العلاج لكن بطريقة أخرى. فنقول بأن الشخص على استبصار بمشكلاته عندما يكون مدركا إدراكا دقيقا للشروط السابقة لظهور المشكلة والنتائج أو الاستجابات البيئية التي يثيرها ظهور هذه المشكلة. لهذا يجب على المريض وعلى المعالج كليهما أن يقوما بجمع المعلومات الدقيقة السابقة لظهور المرض، وذلك قبل الدخول في أي برنامج للتعديل أو العلاج السلوكي. وعندما يشترك المريض بتوجيه المعالج في حصر المعلومات التي أدت لظهور اضطراباته، وأنواع التدعيم التي أدى لها ذلك، فانه يقوم بعملية ملاحظة للذات، وهى مرحلة ضرورية من مراحل العلاج السلوكي بشكل عام.

لكن ملاحظة الذات (أو الكشف عن الذات) لا تعتبر طريقة لجمع وحصر المعلومات الضرورية عن تكون الأعراض، بل قد تؤدي-بمفردها-إلى بعض التغييرات السلوكية العلاجية. بمعنى أن الفرد عندما يلاحظ سلوكه أو يحاول أن يجمع المعلومات التي أدت لظهور أفعاله غير المرغوبة، فان هذه المعرفة - مجرد المعرفة - قد تؤدي إلى تأثيرات مباشرة في الأفعال أو السلوك الذي يلاحظه الفرد[7].

وللمزيد من التفاصيل والإيضاح لنلاحظ ما يحدث أثناء ملاحظة الذات: أن الفرد عندما يحاول القيام بجمع المعلومات التي أدت إلى أنماطه السلوكية التي يرغب في تعديلها، إنما يقوم في الحقيقة بعملية انتقاء أو «غربلة» للشروط أو الأسباب الهامة - في نظره - التي أدت إلى تكون الأعراض المرضية، فهو يبعد بعض الشروط الهامشية، ويبقى على بعض الشروط التي يرى أنها أساسية من حيث تأثيرها على ظهور المرض أو استمراره. وهذه «الموازنة» بين الشروط المختلفة تعتبر في حد ذاتها ذات وظيفة إيجابية لأنها ستضع إصبع الشخص مباشرة على الشروط المطلوب تعديلها أو

ضبطها لتحقيق التغير. وستمنحه - فضلا عن ذلك وعيا واستبصارا جديدين بمواقف الحياة المؤثرة. فمن الطبيعي انه سيحاول بعد أن عرف الشروط الرئيسية أن يتجنبها، أو أن يخلق شروطا أخرى معارضة للشروط السيئة الأصلية، إلى غير ذلك من تصرفات مستقبلية.

وتتطلب ملاحظة الذات بالشكل العلمي أن يسجل الفرد في كراسة خاصة الاستجابات أو أنماط السلوك المرضي عندما يلاحظه مباشرة. فهو يسجل مثلا عدد المرات التي يشعر فيها بالرغبة في تدخين سيجارة، أو تعاطي بعض الخمر، أو بالرغبة في السب والعداوة، أو عدد المرات التي تتملكه فيها الأفكار الحوازية، أو عدد الهلاوس السمعية التي يسمعها.. الخ. ومثل هذا التسجيل يعوق ظهور السلوك غير المرغوب. وعلى سبيل المثال تبين في إحدى الدراسات أن مجرد قيام الشخص بتسجيل عدد المرات التي يشعر فيها برغبة قوية في تدخين سيجارة، يؤدي مباشرة إلى إعاقة التدخين. ولهذا نلاحظ في مستشفيات الطب النفسي وعيادات العلاج النفسي في الولايات المتحدة أنهم يستخدمون هذا الأسلوب في العلاج من الإدمان على الخمر، والكحوليات، وغيرها من الأفعال القهرية.. بأن يكون لكل مريض لديه الدوافع في التخلص من مشكلاته كراسة يسجل فيها ما يفعله إزاء هذه المشكلة يوميا.

ولان ملاحظة الذات تتطلب قدرة على التحكم في التغيرات السلوكية التي تطرأ على الشخص، فان هذا التحكم - في اعتقادنا - يؤدي إلى خلق تغيرات آلية في البيئة المحيطة بطريقة تجعلها تخلق تدعيمات إضافية في الاتجاه المرغوب. تصور - على سبيل المثال-أننا طلبنا من شخص يفتقر إلى تأكيد الذات في المواقف التي تتطلب منه المعارضة أو الدفاع عن النفس، أو الاحتجاج على ظلم معين. فطلبنا منه كخطوة أولى من خطوات العلاج أن يسجل مباشرة عدد المرات التي قال فيها «نعم» أو «أوافق» على أمر أو حكم معين صادر له من زميل أو رئيس، وعدد المرات التي قال فيها «لا» أو «ارفض» هذه الأوامر أو الأحكام غير المقبولة. أن مجرد قيامه بتسجيل ذلك في المواقف الحية يخلق - في تصورنا - نوعا من التعديل في استجابات البيئة المحيطة به (الاهتمام والتساؤل عما يفعل.. الخ) ومثل هذا التعديل أو الاهتمام الذي يظهر على الآخرين قد يتحول إلى قوة أخرى تساعد

الشخص على التغير الإيجابي.

ويكتشف الشخص من خلال ملاحظاته الذاتية انه استطاع أن يتوصل للشروط الرئيسية التي تساهم في تشكيل جوانب سلوكه وشخصيته. وعندما يحاول مستقبلا أن يتجنب الشروط السيئة، أو يخلق شروطا جيدة، وعندما يكتشف أنه نجح في تحقيق بعض الأهداف: أي أن هناك أهدافا أخرى تبلورت وشروطا أمكن التغلب عليها، وشروطا أخرى يجب التغلب عليها... الخ فان مثل هذا التغير سيكون بمثابة التدعيم الذاتي لممارسة تعديلات إضافية أخرى.. فالنجاح فيما أشرنا يخلق نجاحا آخر، والثقة بفاعلية الذات تخلق ثقة أخرى.

وقبل أن ننتقل إلى وصف إحدى الحالات التي تم علاجها بنجاح باستخدام أسلوب الملاحظة الذاتية نجمل القول بان هذه الطريقة تعتبر من الطرق ذات النتائج القوية في تعديل السلوك. أما أسباب قوتها فمتعددة ومعقدة إلى حد كبير، وتأثيراتها على السلوك تختلط بعوامل أخرى. ولا زال الباحثون يجاهدون في تحديد المتغيرات النوعية التي تساعد على كفاءة هذه الطريقة. غير أن جهد الباحثين في هذا المجال، وزيادة علامات الاستفهام لا يجب أن تقلل من آثارها واستخداماتها في ميدان العلاج الذاتي، حتى في أكثر الحالات العقلية والنفسية اضطرابا.. ولنتأمل معا فيما يلي حالة توضيحية أمكن معها باستخدام أسلوب ملاحظة الذات والتسجيل تحقيق قدر رائع من النجاح.

حالة المرأة ذات الهلاوس السمعية:

المريضة في السابعة والأربعين من العمر تقيم في مستشفى للطب العقلي في الوقت الذي بدأ فيه المعالج السلوكي محاولاته العلاجية معها. شخصها الأطباء على أنها فصامية. ظلت محجوزة في المستشفى لثلاثة عشر عاما، وذلك بسبب هلاوس سمعية تحدث بصورة يومية متكررة ومطردة. وقد أدت هذه الهلاوس إلى حالة من الاكتئاب الشديد والقلق - ومن الغريب أن هذه الهلاوس تدخلت في حياة هذه المرأة البائسة بطريقة لا تطاق. لقد أصبح سلوكها كله محكوما «بالأوامر» و «النواهي» التي تعطيها لها الأصوات. وبلغ ذلك إلى حد أنها لم تكن لتستطع الذهاب للحمام

لقضاء حاجاتها الحيوية ما لم تسمع تلك الأصوات تأمرها بذلك.

وعندما عرضت هذه المرأة مشكلتها للمعالج أظهرت كراهية شديدة لسيطرة هذه الأصوات عليها، وأبدت رغبة قوية في العلاج منها. وعبرت بصراحة بأنها لو استطاعت أن توقف تلك الأصوات، فان مشكلتها الأساسية قد تحل، وأنها ستصبح قادرة على التوافق الجيد بعد ذلك. كذلك أبدت الهيئة العاملة بالمستشفى هذا الحكم.

ولان هذه المرأة أبدت دافعا قويا للعلاج، فلقد رأى المعالج أن يستخدم معها أسلوب ملاحظة الذات، وذلك لبساطة هذا الأسلوب في التطبيق، ولان المرأة أبدت رغبة في التعاون مع المعالج في تنفيذ التعليمات الخاصة بتسجيل التغيرات التي تسيطر عليها وملاحظة الذات.

طلب المعالج منها أولا أن تسجل بطريقتها الخاصة عدد المرات التي تحدث فيها تلك الأصوات لثلاثة أيام متتالية. ثم طلب منها بعد ذلك أن تسجل جهرا أمام المريضات الأخريات في العنبر على جدول عدد المرات التي تسمع فيها هذه الهلاوس يوميا. وقد وضع الجدول في مكان ظاهر بحيث يمكن للممرضات الأخريات أن يلاحظنه. وكنتيجة لهذا المكان الظاهر الذي وضع فيه الجدول كان يسهل على كل شخص في العنبر أن يلاحظ مدى التقدم في سلوك المريضة. فمن الواضح إذن أن الهدف من الجدول هو أن يعطي المرأة نتيجة فورية لتطورها. كما أنه كان يحرك عوامل التدعيم الاجتماعي من قبل الممرضات والمجربين والعاملات بالمستشفى... الخ.

وقد تضمنت تعليمات المعالج للعاملين بأن يظهروا تشجيعهم بالمدح والاهتمام، والتشجيع كلما لاحظوا تناقصا في الهلاوس اليومية (تناقص الأصوات) وعندما كانت تفشل المرأة في إنقاص هلاوسها، كان التدعيم الاجتماعي يتوقف.

ومن الطريف أن هذا الأسلوب قد أدى إلى تناقص ملحوظ في الهلاوس السمعية لدى المرأة في فترة قصيرة من الزمن. لقد قلت الأصوات والهلاوس من 181 مرة في اليوم الأول (الذي بدأت فيه المرأة بوضع علامة على الجدول في كل مرة تسمع فيها الأصوات) إلى 11 مرة في اليوم الثالث. ولم تظهر أي هلاوس في اليوم الرابع. ثم زادت بعد ذلك إلى 16 مرة ثم قلت تدريجيا إلى أن وصلت الصفر.. واختفت الأصوات بعد ذلك تماما من حياة

المريضة طوال فترة متابعتها لمدة ستة شهور ولحين نشر تلك الدراسة.

ومن الطريف أيضا أنه بتناقص هلاوس المرأة حدثت تغيرات إيجابية أخرى في سلوكها. لقد أصبحت اقل قلقا، وقادرة على التفاعل الاجتماعي مع المريضات الأخريات. وتحسن مظهرها الخارجي. وبدأت تطالب بالبحث عن عمل. كذلك أصبحت تعبر بصراحة عن سعادتها وغبطتها إلى حد بعيد (كدليل على أن التغير في الأعراض يشمل تغيرات إيجابية أخرى في الشخصية ككل).

وغني عن القول، أن هذه الدراسة تقدم برهانا قويا على أن ملاحظة الذات وتسجيل السلوك يؤديان إلى محو كثير من الاضطرابات حتى ما ينتمي منها إلى عالم الأمراض العقلية. وبنفس القدر من المهارة يمكن بالطبع استخدام أساليب الملاحظة الذاتية بالشكل السابق في حالة المرأة ذات الهلاوس السمعية، في علاج وتعديل كثير من الجوانب السلوكية المرضية. ويتم بالفعل استخدام هذا الأسلوب من اجل زيادة الوقت الذي نكرسه للعمل (والمذاكرة) وضبط السمنة بملاحظة التناقص اليومي للوزن وتسجيله، وعلاج مشكلات الأطفال في المدارس كالبكاء الذي ليس له سبب وذلك بوضع علامة في جدول أمام الطفل في كل مرة يبكي فيها دون سبب. وحديثا أمكن تطويع أسلوب الملاحظة الذاتية في علاج المخاوف المرضية من الأماكن المغلقة لدى مريضة، وذلك بسؤالها أن تحصي الزمن الذي تقضيه في مكان مغلق (حجرتها) باستخدام ساعة إيقاف، مما أدى إلى تزايد تدريجي في الزمن الذي تقضيه في الأماكن المغلقة بشكل عام. كما أمكن للكاتب أن يمارس هذا الأسلوب لزيادة الوقت المخصص لكتابة بحث مطلوب في فترة زمنية محدودة. فأمكن تخصيص 6 ساعات يوميا تقريبا للكتابة (بعد أن كان الوقت المستخدم لذلك لا يزيد عن ساعة ونصف يوميا وبطريقة متقطعة.).

والجميل في أسلوب الملاحظة الذاتية هو بساطته ونتائجه الإيجابية في زيادة السلوك المرغوب ومحو السلوك غير المرغوب في فترات محدودة لا تتجاوز السنة في الحالات المعقدة، وتصل إلى أسابيع قليلة في حالات أخرى، فضلا عن إمكانية استخداماته في تعديل قطاعات متنوعة ومتعددة من الاضطرابات بما في ذلك الاضطرابات التي تصيب الناس الساديين

(كالسمنة، أو الهروب من النشاطات الإبداعية كالكتابة) والعصابيين (كالمخاوف المرضية) والمرضى العقليين (كالهلاوس والأفكار المسيطرة). كما يستخدم كطريقة لتخفيض ارتفاع ضغط الدم، وذلك بتشجيع الفرد على قياس ضغطه بنفسه ثلاث أو أربع مرات يوميا في مواقف مختلفة وتسجيل ذلك على بطاقة أو جدول يمكن أن يعده الفرد بنفسه. ولهذا تباع أجهزة ضغط الدم في الوقت الحالي بأسعار زهيدة للجمهور الأمريكي لتشجيع عمليات العلاج الذاتي.

إثابة الذات والتدعيم كطريقة للعلاج الذاتي:

إذا كانت مجرد الملاحظة الذاتية تعتبر مصدرا خصبا لتعديل السلوك بطريقة ذاتية، فالأمر صحيح كذلك بالنسبة لتدعيم الذات عند ظهور السلوك الجديد البديل للسلوك المرضى. والخلاف بين الملاحظة الذاتية والتدعيم الذاتي أنه في الملاحظة الذاتية يقوم الشخص بمراقبة تصرفاته- التي يعتقد بخطئها أو بآثارها المرضية السيئة على شخصيته-إلى أن يتوقف ظهور هذه الأمراض أو يحل محلها سلوك آخر. أما التدعيم الذاتي فيمكن للشخص أن يستخدمه بعد أن يتكون السلوك المرغوب.. ويتم تدعيم الذات بأن يقوم الشخص بإثابة نفسه فورا عند ظهور السلوك المرغوب. وخير مثال على هذا الطالب الذي يكافئ نفسه بكوب من الشاي أو فنجان من القهوة أو الذهاب إلى السينما أو الالتقاء بالأصدقاء بعد أن يكون قد نفذ خطة مكنته من قضاء وقت ملائم لإنهاء بحوثه أو دروسه.

وفي ميدان العلاج النفسي الذاتي أصبحت طرق الإثابة أو التدعيم الذاتي جزءا رئيسيا من العلاج يوصي به المعالج في مشكلات سلوكية متعددة كالتدخين، والقلق الجنسي (أي القلق في حضور الجنس الآخر)، والاكتئاب، والوساوس، وتسلط الأفكار غير المنطقية على تفكير الشخص.. الخ.

ولكي يزداد استبصارنا بتطبيق هذا الأسلوب في هذه المجالات الآنفة الذكر قد يحسن أن نستشهد ببعض الدراسات الملائمة لهذا الغرض. ومن أوائل الدراسات التي أجريت للكشف عن أهمية هذا الأسلوب دراسة تمت سنة 1967 في الولايات المتحدة على يدي «جاتمان» Gutmann و «مارستون»

Marston. وقد استعانا بالطلبة الذين يعانون من مشكلة التدخين، وقالا انهما اختارا هذه المشكلة بالذات لان هؤلاء الطلاب كانوا يرغبون في الإقلاع عن التدخين، وحاولوا ذلك من قبل ولكنهم فشلوا. وقد قسم الباحثان الطلاب إلى مجموعتين الأولى وقد أطلقا عليها المجموعة التجريبية وتتكون من 15 شخصا طلب الباحثان من أفرادها أن يدخن كل منهم سيجارتين إذا ما نجح في التوقف عن التدخين لمدة أربع ساعات متتالية (إثابة ذاتية أو مكافأة للذات). وقد طلب الباحثان من أفراد هذه المجموعة أيضا أن يسجل كل فرد منهم التناقص اليومي في عدد السجائر التي يدخنها كل منهم في كل يوم من أيام التجربة. أما المجموعة الثانية وتسمى بالمجموعة الضابطة فلم يطلب من أفرادها القيام بالإثابة الذاتية (التدخين عقب النجاح في التوقف عن التدخين)، ولكن طلب منهم أيضا تسجيل التناقص اليومي في التدخين. وقد بينت هذه الدراسة انه بالرغم من أن الدراسة قد استغرقت فترة قصيرة، فان أفراد المجموعة الأولى نجحت في إنقاص السجائر بشكل مطرد، وأقلع ما يقرب من 80٪ من أفرادها عن التدخين نهائيا، بينما لم يحدث تغيير يذكر في المجموعة الضابطة[9].

ويزعم باحثان آخران أن أسلوب المكافأة الذاتية نجح في إيقاف القلق النفسي لدى مجموعة من الطلاب ممن وصفوا علاقاتهم بالجنس الآخر بأنها مصدر «عنيف» للقلق والتوتر، لدرجة انهم كانوا يضطربون عندما يتبادلون الحديث مع الزميلات بطريقة تضعهم في كثير من جوانب الحرج والاكتئاب. في هذه الدراسة طلب الباحثان من الطلاب الذين تقدموا لطلب التوجيه والعلاج بأن يحصروا كل المواقف التي تتطلب علاقة بالجنس الآخر، على أن تدرج هذه المواقف وفق ما تستثيره من قلق، بحيث يأتي الموقف الذي يستثير درجة قليلة من القلق أولا، وتتلوه بعد ذلك مواقف القلق الأخرى موقفا موقفا. وبناء على هذا طلب الباحثان من الطلاب أن يسجلوا مدى تقدمهم في التخلص من القلق في المواقف المتدرجة موقفا وراء الآخر، على أن يستخدموا شتى أساليب الإثابة والتدعيم الذاتيين (بما في ذلك مدح النفس) كلما نجح الواحد منهم في تخطي القلق الذي يثيره موقف التفاعل مع الجنس الآخر. ولم ينجح الطلاب في التخلص من القلق فحسب، بل تبين أيضا أنهم استطاعوا أن يتخلصوا من القلق في مواقف أخرى لا

تتعلق بالجنس الآخر، كالخوف من الامتحانات ومن الرسوب فضلا عن ازدياد الثقة بالنفس وغير ذلك. (المرجع السابق).

وفي تعليق الباحثين على ذلك أكدا أنه ليس ضروريا للتقليل من آثار القلق في موضوع معين أن تقوم بتغيير الشخصية ككل كما يزعم علماء التحليل النفسي، كما أن من الممكن التخلص من كثير من المشكلات المماثلة بتدعيم الذات عندما تنجح في تحقيق الأهداف المرسومة.

وقد سجل «ألبرت أليس» الذي عرضنا لنظريته في العلاج المنطقي في الفصل السابق نجاحا ملحوظا في تشجيع مرضاه على استخدام المكافأة أو الإثابة الذاتية عند النجاح في التخلص من الأفكار والاتجاهات الانهزامية، ويقول في هذا الصدد:

«لقد نجحت شخصيا في مساعدة مرضاي في السنوات العشر الأخيرة على التخلص من المعتقدات غير المنطقية من خلال تشجيعهم على تدعيم أنفسهم بشيء مرغوب (كالطعام أو الشراب، أو الاتصال الجنسي) بعد أن ينجح الواحد منهم في الدحض المستمر للاعتقادات الخاطئة التي تتملكه وتؤدي للمرض والهزيمة، أو بعقاب أنفسهم بالتعرض لمنبه غير سار (كالقيام بالنظافة المنزلية، أو أداء تمرين رياضي ممل، أو المساهمة في نشاط جماعة أو حزب سياسي مخالف لقيم الشخص) وذلك إذا لم يقم الشخص منهم بالعمل على دحض معتقداته المرضية يوميا»[15].

وقد يتساءل القارئ، هل من الأفضل أن تأتي المكافأة أو الإثابة عند النجاح في تحقيق هدف علاجي معين، من الخارج (الآباء والمعالجون، والمدرسون) أم من الذات. هنا أيضا تفيد بضع دراسات في تقديم إجابة جيدة عن هذا السؤال: فقد تبين أن التدعيم الذاتي لا يقل فاعلية عن التدعيم البيئي أو الخارجي من حيث التأثير على تأكيد ظهور السلوك التكيفي الجديد. أما إذا راعينا الفاعلية على المدى الطويل، فان التدعيم الذاتي يتفوق على التدعيم من الخارج من حيث أنه يؤدي إلى آثار علاجية تستمر وقتا أطول، مما لو كان مصدر التدعيم آتيا من البيئة. بل إن كثيرا من المعالجين يرون أن فاعلية التدعيمات البيئية تتوقف في الحقيقة على قدرة الشخص على أن يتحول بها إلى تدعيمات داخلية أو ذاتية، عندما يكون التقدم في العلاج مصدرا لسعادة الشخص وراحته الذاتية بدلا من

إسعاد أو إرضاء المعالج.

ويرتبط بالتدعيم الذاتي ما يسمى بعقاب الذات. وقد رأينا نموذجا له في عبارة «أليس» التي سبق ذكرها توا. فقد رأينا انه كان يكلف مرضاه بواجبات منزلية ثقيلة عندما يفشل الواحد منهم في تحقيق الهدف المنشود للعلاج. وقد أمكن لأحد معالجين السلوكيين في إحدى عيادات العلاج النفسي بأمريكا أن يستخدم أسلوب عقاب الذات في علاج عيوب الكلام واللجلجة، وذلك بأن ابتكر جهازا يصدر أصواتا منفرة (صفير حاد ومتقطع كالذي نسمعه على محطات الإذاعة قبل بدئها) إذا ما قام الشخص بالضغط على زرار معين مثبت بالجهاز. وقد تبين أن هذا الأسلوب قد نجح نجاحا ملحوظا في علاج اللجلجة إذا ما قام المريض بتشغيل الجهاز عندما يبدأ في التهتهة أثناء قراءته لموضوع معين بصوت عال. وقد أدى النجاح في استخدام هذا الجهاز إلى تعميمه بحيث أصبحت أمثال هذه الأجهزة تعطى للمرضى في المستشفيات لاستخدامها وتشغيلها في حالات الهلاوس السمعية والبصرية. كما أمكن تطوير أجهزة مماثلة تعطي صدمات كهربائية خفيفة ويمكن للشخص أن يديرها بنفسه عندما يتعرض لسيطرة تلك الجوانب المرضية من السلوك. ولقد أمكن على سبيل المثال إعطاء مريض فصامي كان يشكو من وجود هلاوس سمعية جهازا سهل الحمل لتوجيه صدمات كهربائية خفيفة. وكانت التعليمات التي طلب من المريض تنفيذها هي أن يوجه لنفسه صدمة كهربائية حالما يسمع تلك الأصوات. وفي خلال بضعة أيام قرر المريض بأن تلك الهلاوس قد توقفت. فضلا عن هذا، استطاع المريض الخروج من المستشفى بعد خمسة وثلاثين يوما بعد أن توقفت تلك الهلاوس التي أدت به إلى الالتحاق بالمستشفى عددا من المرات(11).

وتقييمنا الخاص للدلائل المتوفرة الآن هو أن توظيف العناصر الذاتية - بما فيها الملاحظة الذاتية ومكافأة الذات أو عقابها في العلاج - قد أحرز قوة واضحة في السيطرة على كثير من الاضطرابات وبقليل من الجهد، وبتجنب كثير من المشكلات الخلقية التي قد يثيرها العلاج السلوكي بشكل عام.

والأسلوب الآخر الذي أود أن أناقشه هنا قبل أن نختتم الحديث عن

أساليب العلاج الذاتي يتعلق بما شرحناه في الفصل السابق، والمتعلق بالتعديل المعرفي. لقد حاولنا أن نعرض صورة أمينة عن تعديل أساليب التفكير والاتجاهات غير المنطقية، فتبين لنا أن هذا المجال من المجالات الواعدة في العلاج السلوكي. ولان تعديل أساليب التفكير يعتبر بطبيعته أسلوبا من الأساليب التي تزداد فاعليتها إذا ما حاول الفرد ممارستها بوحي من إرادته الخاصة، فان تحوير تلك الأساليب للاستخدام في ميدان العلاج الذاتي كان ميسورا وحافلا بكثير من الابتكارات والطرق الخلاقة.

من الأفكار الأساسية في النظرية المعرفية أن الإنسان يسلك بحسب ما يفكر. وفي ميدان ممارسة العلاج الذاتي ينصب جزء من دور المعالج على تدريب الأشخاص لتعديل محتوى أفكارهم (أي ما يقولونه لأنفسهم) في مواقف الحياة المختلفة، خاصة المواقف التي تستثير الاكتئاب، والقلق، والمخاوف، وعدم الثقة.. الخ. ذلك لأننا نعرف-مما عرضناه من قبل-أن كل تصرف عصابي كالقلق مثلا من التعبير عن النفس أمام الآخرين، إنما يتأكد من خلال الأفكار التي يرددها الشخص بداخله. فما يردده الشخص، ومجموع حواراته الداخلية مع النفس، هي التي تستثير شتى المشاعر في شتى المواقف. ولأمر ما تنبه الأدباء والروائيون منذ القدم إلى ما تلعبه الحوارات الداخلية في توجيه الشخصية. إن مسرحيات «شكسبير» على سبيل المثال، تمتلئ بأنماط وشخصيات تمارس تلك الأحاديث الداخلية «المونولوجات» عند التعرض للكثير من جوانب النشاط كالعدوان (عند عطيل) والوشاية (عند اياجو) والاكتئاب (عند هاملت).

وفي ميدان العلاج الذاتي يطلب من الشخص أن يتبنى محتوى من العبارات الداخلية ذات الطابع التكيفي قبل تعرضه لمصادر القلق والاكتئاب، كأن يستعيض الشخص عن العبارة «إن ما سأقوله تافه ومثير للسخرية» قبل إلقائه لخطاب أو إعلانه عن رأي أمام مجموعة بعبارة ذات محتوى تكيفي مثل «لا بأس من الكلام، ولا يهم ما سأقوله، بل يجب أن أقوله».

ومن الطرق المرتبطة بأسلوب تعديل المحتوى الفكري والحوار الداخلي، ما يسمى بالإيقاف المتعمد للأفكار غير المرغوبة. إذ يطلب المعالج من طالب العلاج أن يفكر بطريقة متعمدة في الفكرة التي تسبب له التعاسة والضيق (أنني إنسان غير مفيد، أو أن أهلي يريدون التخلص مني، أو أنني

فقدت جاذبيتي وقدرتي على التأثير في الآخرين.. الخ). ثم يطلب منه بعد ذلك أن يشير بإصبعه عندما تكون الفكرة قد تبلورت. وفور ظهور الإشارة الدالة على تكون الفكرة وتبلورها يهتف المعالج «توقف الآن عن هذا». وتبين الحالات التي استخدمت معها هذه الطريقة أن الفكرة التي تتكون عندما يهتف المعالج «توقف» تختفي من الذهن.

أما لماذا تختفي الفكرة أو التصور المرضي عندما يأتي الأمر بالتوقف، فالأمر بسيط وسبق أن أشرنا إلى المبدأ الذي يفسره، ولكن في إطار آخر. لقد سبق أن تحدثنا عما يسمى بمبدأ الكف المتبادل، وبينا أن الشخص لا يمكن أن يكون قلقا ومطمئنا في وقت واحد، أي أنه لا يمكن أن يشعر بشعورين متناقضين في نفس الوقت. ولهذا فنحن نعلمه أن يسترخي عندما يواجهه تهديد نفسي معين. وهذا الاسترخاء يكف قلقه أو تخوفه الذي اعتاد أن يواجه به مثل هذه التهديدات.

ونفس الأمر ينطبق هنا على مجالات التفكير. فالشخص لا يمكن أن يفكر في فكرتين في وقت واحد، أي فكرته المرضية وتركيزه على صوت المعالج وهو يهتف: توقف ! وبالطبع من الممكن استخدام هذا الأسلوب ذاتيا باستبدال أوامر المعالج بأوامر من الذات. وقد سجل «وولبي» نجاحا عندما طبق هذا الأسلوب على نفسه، اثر تعرضه لمشكلة قانونية مع شخص آخر، وبعد أن أمكن تذليلها صباح أحد الأيام. ففي نفس اليوم تملكته بعض الأفكار، وسيطرت عليه بعض الوساوس بأنه عالج المسألة بطريقة خرقاء. لقد أخذت هذه الفكرة تشغل ذهنه، وتستغرق تفكيره طوال اليوم. لهذا حاول في مساء نفس اليوم أن يقوم بعملية علاج ذاتي بأسلوب بلورة الفكرة التي تبعث على الضيق «معالجة المشكلة بطريقة خرقاء»، مع الهتاف العالي «توقف». وفي تعليق وولبي على ذلك يقول «بالرغم من أن الأسلوب لم يثمر معي في البداية ربما بسبب سيطرة انفعالي الشديد وضيقي بالموقف، فانه أمكن لي أن أحقق نجاحا كاملا في اليوم التالي. لقد أزيلت وساوسي وانمحت تماما»[12].

تلك إذن هي بعض الوسائل المستخدمة على نطاق واسع لمساعدة الناس على توجيه ذواتهم وتعديل جوانب سلوكهم، وأفكارهم واتجاهاتهم، وانفعالاتهم بحيث تمكن السيطرة على كثير من أفعال القلق والخوف

والاكتئاب وغيرها من اضطرابات قد استنتجنا - دون شك - آثارها المدمرة على حياة الإنسان. وهناك الكثير من هذه الأساليب ولكنها أكثر تعقيدا من الناحية التكنيكية بما لا يناسب هذا المجال.

أما وقد أصبحت لدينا الآن بعض الحقائق الرئيسية عن هذا الميدان فقد بقي تعليق أو تعليقان يتطلبان الإضافة.. فمن ناحية قد تأخذ هذه الأساليب مظهر البساطة والهزل، لكن فاعليتها لن تظهر على الإطلاق ما لم تحمل محمل الجد الخالص، والجهد في تنفيذها. عندئذ ستتحول بساطتها الظاهرة إلى أمر مستساغ ومفيد.

ثم إن هناك بعض الجوانب الإيجابية التي صاحبت ظهور أساليب العلاج الذاتي. فمن ناحية لا يقتصر استخدام هذه الطرق على حالات المرضى أو المحجوزين في المستشفيات، أو الذين يذهبون للأطباء النفسيين طلبا للعلاج من المخاوف المرضية المحددة، بل أنها تستخدم بنجاح كبير في مختلف أنواع الاضطرابات وسوء التكيف طالما وجد الدافع للتغيير.

وبالنظر إلى تلك الأساليب على أنها مظهر من مظاهر التطور في حركة العلاج السلوكي، أصبح من الواضح أنه لن تكون هناك مشكلات أخلاقية تثار ضد العلاج السلوكي بنفس الحدة التي كانت تثار بها منذ سبع أو عشر سنين. فالشخص الذي يمارس هذه الأساليب يأتي طالبا المشورة شخصيا كما أنه يتصرف وفقا لإرادته الخاصة الحرة. انه يأتي وهو مستعد لان يفعل ما يستطيع لكي يتخلص من تعاسته. وهو عندما يمارس هذه الأساليب يمارسها دون ضغط من المعالج، ودون أن يزج شخص خارجي (ولو كان المعالج النفسي) بقيمه واتجاهاته بطريقة قد تكون مصدرا للتحوطات الخلقية. وعلى أية حال فنحن نشعر بالرضا التام إن كنا قد نجحنا في أن نقدم في هذا الكتاب للقارئ ما يكفي أن يطلعه على صورة من الانتصار العلمي في ميدان كان من العسير - بسبب تاريخ طويل من الخرافة أحيانا، والخداعات شبه العلمية أحيانا أخرى - أن يقدم العلم فيه انتصارا مماثلا لانتصاراته في الميادين الأخرى. ورغم أن النصر قد يبدو ضئيلا إذا ما قيس بالمشكلات المثيرة للتحدي، التي تطرحها الحياة بدأب، فإننا نعتقد أن جهد المحاولة، وبعض النتائج المتجمعة، تبشر بأن خطانا قد وضعت في الطريق الصحيح، أجل الطريق الصحيح ليس أكثر!.

مراجع وتعليقات

١- للاطلاع على نظريات وآراء «كارل روجرز» يمكن الرجوع بين عشرات المؤلفات والكتب إلى الكتابين الآتيين اللذين احتويا على أفكاره الرئيسية:

2- A. Rogers, C. Counseling and Psychotherapy: NewerConcepts in Practice. Boston: Houghton, 1942.

B.-Rogers, C. Client-Centered therapy: Its current implications, and theory-Boston: Houghton, 1951.

3- Bandura, A. Principles of behavior modification: NewYork: Holt,1969.

4- : Skinner, B.F. Science and human behavior. New York Macmilan, 1953.

5- Cautela, J.R. Treatment of compulsive behavior by covert Sensitization. Psychological Record, 1966, 16, 33-41.

6- Cautela, J.R. Behavior therapy and self-control. In c—Franks and co. Wilson) Eds. (Behavior therapy: Appraisal and status. New York: McGraw-Hill, 1969 (pp.323, 340).

7- Hagen, R. Behavioral therapies and the treatment of schizophrenics Schizophrenia Bulletin, 1975, 13, pp. 70-96.

8- انظر المرجع السابق للمزيد عن تفاصيل حالة المرأة ذات الهلاوس وما أثارته من نشاط في مجال العلاج النفسي.

9- Gutman, M. & Marston, A. Problems of subject's moti-vation in a behavioral program for the reduction of cigarette smoking. Psyvhological Reports, 1967, 20, 1107-1114.

10- Ellis, A. The essence of rational Psychotherapy: A Com-prehensive approach to treatment. New York: Institute for Rational Living, 1970.

١١- عن تأثير العقاب والصدمات الكهربائية-الذاتية في علاج الفصام انظر:

Hagen, R. op. cit., 1975.

١2- انظر في ذلك مرجع ولبي:

Wolpe, J. & Lazarus, A. Behavior therapy techniques. New York: Pergamon, 1966.

كذلك للمزيد عن أساليب الضبط الذاتي وتوظيف العلاج السلوكي في ميدان العلاج الذاتي انظر:

Mahoney, M.J. Clinical issues in self-control training—Paper presented at the American Psychological Association, Montreal, August, 1973.

Mahoney, M.J. Toward an analysis of coverant control Behavior Therapy, 1970, 1, 510.

Mahoney, M.J. & Thoresen C.F. Self-control: Power to the Person. Belmont, Calif.: Brooks/Cole, 1974.

المؤلف في سطور:

د. عبد الستار ابراهيم

* ولد في قرية الزينية بحري بالأقصر - نوفمبر 1939.

* تخرج في قسم علم النفس بكلية الآداب جامعة عين شمس 1962. ونال الدكتوراه الممتازة في علم النفس من جامعة القاهرة 1972.

* عمل مدرسا بجامعة القاهرة حتى 1974.

* عين زميلا زائرا بجامعة ميشيجان بأمريكا سنتي 1974، 1976.

* عمل مستشارا نفسيا لعدد من العيادات النفسية في مصر والولايات المتحدة الأمريكية.

* عضو وزميل بعدد كبير من الجمعيات النفسية والاجتماعية كجمعية علم النفس الأمريكي، والجمعية الدولية لعلم النفس، وجمعية دراسات الشرق الأوسط بأمريكا، وجمعية العلاج السلوكي، وجمعية علم النفس الإنساني.. الخ.

* يعمل فضلا عن عمله كأستاذ مساعد بجامعة الكويت أستاذا مشاركا بقسم علم النفس الإكلينيكي بجامعة وين الولاية- بميشيجان، ومديرا للبحث النفسي بمستشفى نورثفيل للطب النفسي بولاية ميشيجان.

* نشر له عدد كبير من البحوث في المجلات العربية والأمريكية والدولية.

* شارك في كثير من المؤتمرات عن العلاج النفسي.



إفريقيا في عصر التحول الاجتماعي

ترجمة:

شوقي جلال